

◆初診受付・問診票◆

記入日 年 月 日

ふりがな

お名前： 性別： 男 ・ 女

生年月日： 明・大・昭・平成 年 月 日生 歳

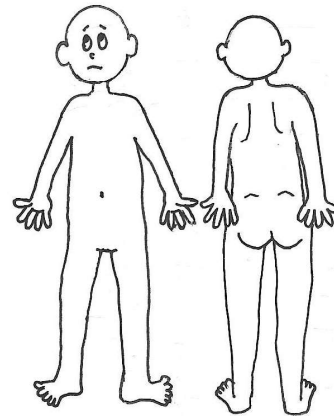
ご住所： 〒

お電話番号：(自宅) (携帯)

緊急連絡先：

身長： cm 体重： kg

- 1. 症状について詳しくご記入ください。
  - いつから？ ( )
  - どのような症状が？  
痛み・しびれ・はれ・熱感・その他 ( )
  - どのような時に症状がでますか？  
( )
  - 右の図に症状のある箇所に○をつけてください。



- 2. 原因または症状が出たきっかけはおわかりですか？  
交通事故・仕事(通勤)中の怪我・その他具体的に ( )
- 3. 既往症のある方はご記入ください。  
なし 高血圧 糖尿病 心疾患 難聴 その他 ( )
- 4. 現在服用されているお薬があればご記入ください。 お薬手帳 持参してる・お忘れ ( )
- 5. お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？  
はい ( ) いいえ
- 6. 手術歴はありますか？  
はい ( ) いいえ
- 7. ペースメーカーをご使用になっていますか？ はい いいえ
- 8. 要介護/要支援の認定を受けていますか？ はい(要介護 要支援) いいえ
- 9. (女性の方のみ) 妊娠またはその可能性はありますか？はい(予定日) いいえ
- 10. (初診の方のみ) どのようにお知りになりましたか？  
家族・知人 クリニック看板 インターネット 他医院からの紹介 電話帳  
その他 ( )
- 11. その他、お申し出事項ございましたらご記入ください。  
( )

※ 患者様の個人情報は当クリニックでの診療に関するものみに使用いたします。  
ご不明なことなどございましたら、受付までお申し出ください。