

外 来 初 診 問 診 票

ふりがな お名前	男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生 ()才	
ご住所 〒			電話				
			携帯				
身長：	cm	体重：	kg	職業：			
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 知人から <input type="checkbox"/> その他()							
紹介状：		なし	あり	持参フィルム・CD-R：		なし	あり

■治療に必要となりますので、以下の質問に教えてください

1. 今までに大きな病気にかかれたことはありますか？
 ない ある(該当する方は印をつけてください)
糖尿病 高血圧 心臓病(狭心症・不整脈など) 腎臓疾患 肝臓疾患 胃潰瘍
脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など) 甲状腺疾患 白内障 緑内障 婦人科疾患
その他
 病名がわかれば記入してください()
2. 今までに手術を受けたことはありますか？
 ない ある()
3. 現在、他の病院や医院にかかっていますか？
 ない ある()
4. 現在、常用している薬はありますか？
 ない ある()
5. 薬をのんだり注射をして発疹(じんましんなど)がでたり、気分が悪くなったことがありますか？
 ない ある()
6. 今まで痙攣(けいれん)をおこしたことがありますか？
 ない ある()
7. 食べ物、その他のアレルギー(アトピー、花粉症、鼻水、喘息など)はありますか？
 ない ある()
8. (女性のみ) 現在、妊娠中ですか？ (いいえ・はい(週)・可能性あり)
 ない 現在、授乳中ですか？ (いいえ・はい)
9. タバコはすわれますか？ いいえ はい(本/日)
10. 緊急連絡先
 氏名 続柄 電話番号

尚、問診票に記載していただいた患者様の個人情報、個人情報保護法に基づいて患者様の診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。

内科を受診される方へ

■現在、どのような症状ですか？

1. あてはまる症状に☑印をつけてください

<風邪症状>

発熱 のどが痛い 鼻水・鼻づまり 咳 痰 ふしぶしが痛い 寒気 だるい

<頭>

頭痛 めまい ふらつき

<胸、からだ>

胸が痛い 動悸 息切れ 胸の圧迫感 むくみ たちくらみ 体重減少

くち・のどが渇く(口渇) 不眠 尿がちかい 排尿時の痛み

<おなか>

腹痛(みぞおち、おへそまわり、下腹部、全体、その他())

おなかがはる 下痢 はきけ 嘔吐 むかつき 食欲がない 便秘

血便(黒色便)

<その他> 健康診断で要診察と判定された

上記以外の症状()

2. いつ頃からその症状がありますか？

年 月 日ころから

(日、月、年)前から

才ころから

整形外科を受診される方へ

■本日の受診についてお聞きします。あてはまる項目に☑印をつけてください

1. どのような症状ですか？

痛い しびれる 腫れ 動きにくい

その他()

2. 症状のある部位はどこですか？

右図で症状のある部位に○をつけてください。

3. いつ頃から症状は出てきましたか？

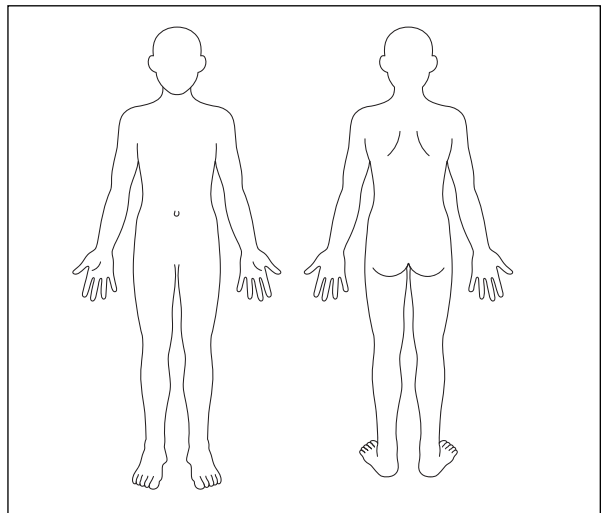
年 月 日ころから

(日、月、年)前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

仕事中 スポーツ 転倒 交通事故

その他()



5. その状態はどのように続いていますか？

だんだん良くなっている だんだん悪くなっている 良くなったり悪くなったりしている

ずーっと続いている その他()

6. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください

()病院・医院

検査: レントゲン MRI その他()

治療内容: 投薬 点滴 リハビリ その他()

※ブロック注射をうけたことがありますか？ なし あり

『あり』の方へ: 硬膜外ブロック トリガーポイント注射

ブロック後、気分不良がありましたか？ なし あり