

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

- 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()
- 今までに手術を受けたことはありますか？
 ない ある()
- 現在、他の病院や医院にかかっていますか？
 ない ある()
- 現在、常用している薬はありますか？
 ない ある()
- 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()
- 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()
- 食べ物、その他のアレルギー(アトピー、花粉症、鼻炎、喘息など)はありますか？
 ない ある()
- (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)
- タバコはすわれますか？ いいえ はい(本/日)
- 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？

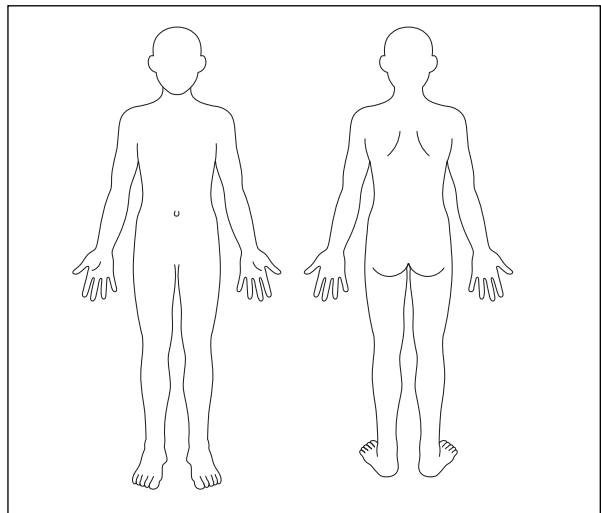
年 月 日ころから

(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 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