

初診問診票

記入日 年 月 日

ふりがな.....	(前回と変更があれば記入してください)
氏名 (男・女)	旧姓 _____
生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (才)	
住所 〒 _____	(前回と同じなら記入不要です)
電話番号 () _____	
緊急連絡先 () _____	続柄 (必ず記入して下さい)

- ① 医師の希望はありますか？ なし・あり (_____) 医師
- ② 症状はいつからですか？ (_____)
- ③ どの部位ですか？ (_____)

④ どのような症状がありますか？ (○をつけてください)
いたい・かゆい・はれている・しびれている・できもの・打撲・捻挫

⑤ その他の症状があれば記入してください。
[_____]

⑥ けがの際は、該当するものに○をつけてください。
通勤途上・仕事中・交通事故・その他 (_____)

⑦ 現在、服薬中の薬はありますか？ はい・いいえ はいの方は記入してください
[_____]

⑧ これまでに病気やけがのため手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ

手術	年齢	病名	年齢	病名
	才	_____	才	_____
	才	_____	才	_____

⑨ 肝炎と診断を受けたことがありますか？ はい・いいえ
* ある方は病名をご記入ください。(_____)

⑩ これまでに薬や食べ物で気分や具合が悪くなったことがありますか？

薬 : ない・ある (薬剤名 _____ 症状 _____)

食物 : ない・ある (食品名 _____ 症状 _____)

☆治療を受けるうえでご希望があればご記入ください。
* 妊娠中・授乳中の方は記入してください。
[_____]