

# 初診問診票

記入日 平成 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	年	月	日	(才)
住所	〒	—	(前回と同じなら記入不要)		
電話番号	( )	—			
緊急連絡先	( )	—	続柄	(必ず記入して下さい)	

① 希望医師はありますか？ 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・工作中・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。

[ ]

\* 皮膚科受診の方で顔の湿疹などで受診される方は化粧を必ず落としてください。