

初診・問診票

ふりがな	性別	男	女	年齢:	歳
氏名	生年月日	大・昭・平・令		年	月 日
住所 〒					
電話番号			携帯:	自宅:	
			緊急連絡先:	(続柄:)	
身長	cm	体重	kg	ご職業:	
※学生の方 学校名:			学年:	年生	

1. 仕事中の労務災害または交通事故の方はチェックしてください

- 労務災害 交通事故

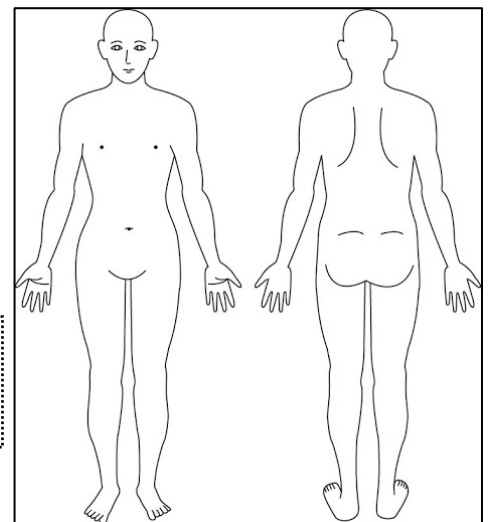
2. 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 痛い 腫れている しびれている 動かみにくい その他 ()

↓症状のある部位に○をつけて下さい

3. 症状のある部位はどこですか？(右図をご利用ください)

- くび せなか かた (右・左) ひじ (右・左)
 手・指 (右・左) こし おしり ふともも (右・左)
 ひざ (右・左) ふくらはぎ (右・左) 足 (右・左)
 その他 (部位:)



4. 症状が出てきたのはいつですか？

※わからない場合はおおよそでも構いません

5. 症状が出たきっかけ・原因はなんですか？

- 特に思い当たる原因なし 転んだ ぶつけた スポーツ (種目:)
 交通事故 仕事中のケガ その他 ()

6. 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

- いいえ はい → 病院 医院 接骨院など 病院名: ()

7. 現在治療中の病気、もしくはかかられた病気はありますか？

- いいえ はい → 高血圧 高コレステロール血症 胃潰瘍 糖尿病 脳梗塞
 喘息 心臓病 (狭心症や不整脈) 腎臓病 リウマチ
 がん () その他 ()

8. 過去にケガや病気で手術を受けたことがありますか？

- いいえ
 はい → 病名: () 手術名: () (歳時)
 病名: () 手術名: () (歳時)

※2枚目もございます→

9. 現在、なにか薬を飲んでいますか？（サプリメントは除く） **お薬手帳の提示をお願いします。**

いいえ はい 薬の名前：

10. お薬でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ はい 薬の名前：（

）

11. お酒は飲みますか？

いいえ はい

12. 煙草は吸いますか？

いいえ はい 以前吸っていた

13. 現在、運動やスポーツを行っていますか？

いいえ はい 趣味・健康目的 競技

スポーツ名：（

） 頻度： 回 / (週 ・ 月)

競技レベル：（ プロ ・ 全国大会 ・ 県大会 ・ 地区大会 ・ レクリエーション ）

14. 現在の症状が改善した場合、やりたいことや趣味などはありますか？

(例：ジョギングをしたい、旅行に行きたい など)

15. 【女性の方にのみお伺いします】

現在、妊娠中ですか？

いいえ

はい（およそ ヶ月）

可能性はある

現在、授乳中ですか？

いいえ

はい

診療においてのご希望がございましたら教えてください

CT 検査

MRI 検査

骨密度検査

リハビリ

手術

その他

※ご希望の内容をご記載ください

●来院のきっかけを教えてください（該当する番号に○をつけて下さい）

1. 知人・家族の紹介

2. 他医療機関からの紹介

3. 情報誌や雑誌を見て

4. 当院のパンフレットやチラシ

5. 街中の看板などを見て

6. 通りがかり

7. 自宅や職場が近所

8. その他からの紹介（

）

9. インターネットで（該当のものにチェック）

当院ホームページ

Google の検索

Google マップ

当院インスタグラム

Yahoo! の検索

その他の検索サイト（

）

その他の紹介サイト（

）

10. その他（

）

ご協力ありがとうございました。順番がまいりましたら呼びいたします。もうしばらくお待ちくださいませ。

ご記入が終わりましたら、受付にご提出をお願いいたします。

※ご記入いただきました個人情報につきましては、個人情報に関する法令を遵守し、診療録（カルテ）と同様に厳正に管理致します。