

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（警察提出用の診断書をご希望の方はチェック → ☐）

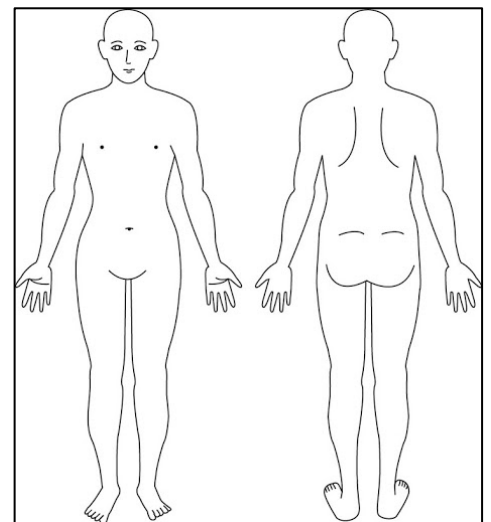
2. 本日はどのような症状で来院されましたか？

☐ 痛い ☐ 腫れている ☐ しびれている ☐ 動かしにくい ☐ 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 ☐ ひねった ☐ 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がありますか？

（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

☐ Google □ コミ

☐ 当院インスタグラム

☐ Yahoo! の検索

☐ その他の検索サイト（

）

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。