

◆ 初診受付・問診表 ◆

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力下さい。尚、ご記入いただいた情報は診療行為のみに使用いたします。平成 年 月 日
フリガナ

お名前 男 ・ 女

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 年齢 才

ご住所 〒

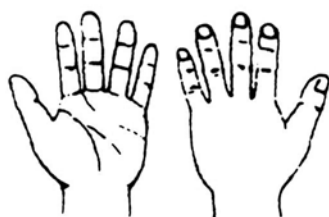
お電話番号 ()

身長 cm 体重 kg

1. どうなさいましたか？(身体の悪い部分と症状に○をつけてください)

痛い しびれる おもい こる はれている 動きが悪い

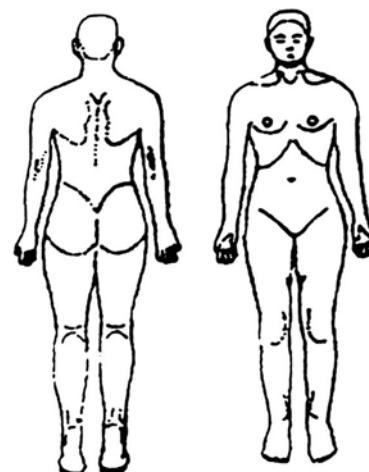
冷える 骨折と言われた その他()



左手



右手



2. いつからですか？ (日から) (位前から)
3. それについて思い当たる原因はありますか？ ない ・ ある ()
4. 今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？
なし ・ 高血圧 糖尿病 心疾患 前立腺 その他()
5. 現在服用されているお薬はありますか？ なし ・ あり ()
6. お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ なし ・ あり ()
7. 手術歴はありますか？ なし ・ あり ()
8. ペースメーカーをご使用になっていますか？ いいえ ・ はい
9. 女性の方に。現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (月) ・ 授乳中
10. 当院をどのようにお知りになりましたか？
知人 看板 チラシ インターネット 電柱広告 バスのアナウンス その他()