

初診申し込み問診票

年 月 日

フリガナ 氏 名			性 別 男・女	年 齢 歳	生年月日	年 月 日生
住 所	〒				自宅TEL	()
					携帯TEL	()
職 業			会社名	TEL ()		
身 長	cm	体 重	kg	紹介状：有・無 / () の紹介		

1. どのような症状でいらっしゃいましたか？

いたい はれている 力が入らない
しびれる 音がする 疲れやすい
動きが悪い つっぱる おもい
形がおかしい 転びやすい 冷える
その他

今回の症状はいつ頃からですか？

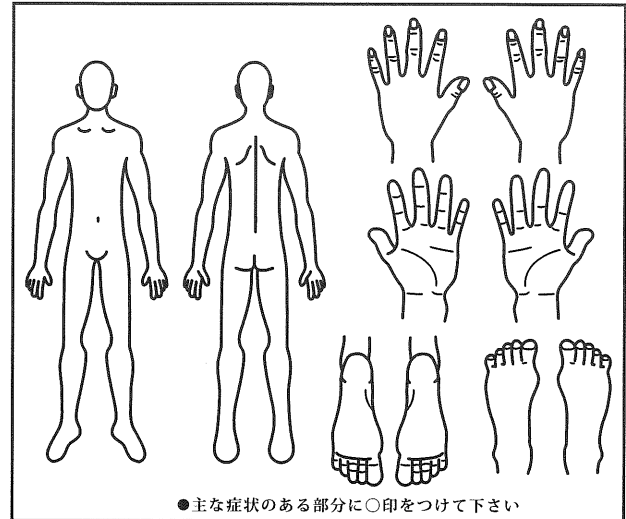
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 頃から

今回の症状のきっかけはありますか？

ない / ある → _____

今までに同じようになったことがありますか？

いいえ / はい いつ頃ですか？ [_____]



2. その原因は交通事故または工作中（勤務時間内）のものですか？

イ. 交通事故 ロ. 工作中 ハ. 通勤途上（交通事故・その他の事故） ニ. いいえ（家事中など他）

3. 今回の症状に対しどちらか（医療機関）を受診しましたか？（該当するものに○）

→どこも受診していない / 他院を受診した / 他院に通院中

そちらでは何とされていますか？ → [_____]

どんな治療を受けましたか？ → [_____]

4. 今までにどんな病気をしたことがありますか？（該当するものに全て○をつけて下さい。）

喘息 / 糖尿病 / 高血圧 / 胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍 / 心臓病 / 癌

その他 → [_____]

今までに手術を受けたり、入院して治療を受けたことがありますか？

いいえ / はい → [_____]

今服用している薬があれば○をつけ、または記入して下さい。

バイアスピリン / ワーファリン / 糖尿病薬 / 降圧剤 / 喘息治療薬 / 鎮痛薬

その他 → [_____]

5. アレルギーはありますか？

いいえ / はい → (くすり / 造影剤 / 食べ物 / 金属など / 局所麻酔薬) その他 _____

6. お仕事は？ (デスクワーク・立ち仕事・軽作業・重労働・主婦・学生・無職) (_____)

7. スポーツを何かしていますか？ はい (_____) / いいえ

8. 妊娠している可能性はありますか？ はい / いいえ

9. 事前にお問い合わせをしていますか？ はい / いいえ

10. マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ ☐ 同意する ☐ 同意しない

11. 過去1年間に特定健診か高齢者健診は受診しましたか？ ☐ した ☐ していない ☐ 不明

※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いします。