

# 問 診 票 ( 初 診 )

年 月 日

フリガナ 氏名	男 ・ 女	生年月日  年 月 日	年齢  歳
住所 〒 ー		職業	
電話番号： ( )		携帯番号：	
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ホームページ (インターネット) <input type="checkbox"/> 他の医療機関 (医療機関名： ) <input type="checkbox"/> 知人の紹介や口コミ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> みーの <input type="checkbox"/> その他( )			

(1) 本日、体調不良または発熱などありますか？

なし ・ ある ( °C： )

(2) 今回、痛いところ・悪いところに

○をつけてください ( 右の図に )

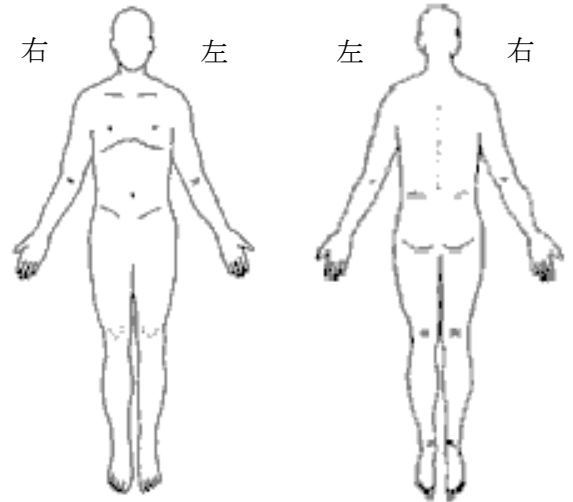
(3) いつ頃から悪くなりましたか

(4) どのような痛みですか

(5) 今回の症状で他院に受診されていますか？

なし

あり ( ありの方は病院名や治療などをご記入ください )



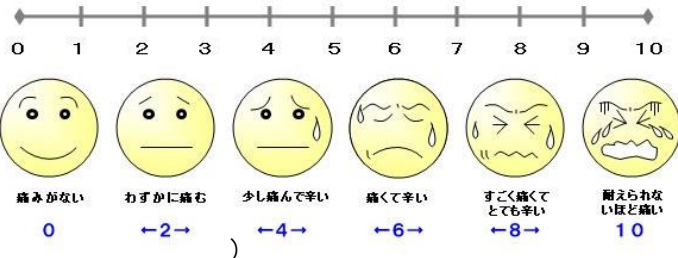
(6) 血液をサラサラにする薬を服用していますか

(ワーファリン、バイアスピリンなど)

( なし

あり → 薬の種類：

痛みの度合いを数値で表すと。どの程度ですか？



(7) 薬の副作用、または、アレルギーはお持ちですか？

( なし ・ あり → 薬の種類：

(8) 造影剤のアレルギーはありますか？

( なし ・ あり ・ 使用したことがない )

(9) ストレスが多いですか？

( なし ・ あり )

(10) 今までにかかった病気を教えてください

高血圧・心臓病・糖尿病・肺の病気・肝臓の病気・腎臓の病気・透析・アレルギー・喘息・交通事故  
目、耳、鼻の病気・精神、神経の病気・その他 ( )

(11) 本日来院された交通手段を教えてください

徒歩・自転車・車・バイク・電車・バス・送迎・その他 ( )

(12) その他 ( )

一度で良くなる病気もありますが少し時間のかかる病気もあります、ご自身の痛みを理解し一緒に治していきましょう。