

記入例【問診票（初診用）】

当院を初めて受診される方用です。

お名前、性別、生年月日、ご住所等お間違いの無いようにご記入ください。

「一番お困りの症状」について、右側の図の番号と一致するようにご記入下さい。

症状が複数ある方は、「2番目にお困りの症状」については②にご記入ください。

※3個目以降の症状については、後日順次問診・診察していきます。時間に限りがございますので、ご了承ください。

こちらも大事な情報ですので、漏れなくご記入をお願いします。

ID	日付			
ふりがな	あさご はなこ	男	年齢	生年月日
氏名	朝来 花子	<input checked="" type="radio"/> 女	◎◎ 歳	大・昭・平・令 30年 11月 1日
住所	〒669 -5102	電 話	079-676-5102	
	朝来市山東町大垣○-□	携 帯	090-1234-5678	
		緊急連絡先	090-8765-4321 続柄(夫)	
職 種	<input checked="" type="checkbox"/> 無職・ <input type="checkbox"/> 事務・ <input type="checkbox"/> 営業・ <input type="checkbox"/> 販売・ <input type="checkbox"/> 農林漁業・ <input type="checkbox"/> 製造・ <input type="checkbox"/> 輸送・ <input type="checkbox"/> 建設・ <input type="checkbox"/> 介護・ <input type="checkbox"/> 専門職・ <input type="checkbox"/> その他()			
運動習慣	<input type="checkbox"/> ほとんどしない・ <input checked="" type="checkbox"/> 多少する・ <input type="checkbox"/> そこそこする・ <input type="checkbox"/> よくする (農作業、グラウンドゴルフ)			
※ご希望部位が複数ある場合、部位ごとにご記入ください。基本的に1回の診察で1部位のみ診察いたします。お困りの順番にご記入ください(①、②...)。右図にはすべての希望部位に○して下さい。				
① 部位と症状 (腰痛、右肩が上がらない、左足親指のしびれ等)	右のお尻～足の後ろ側全体に痛みがある。 いつ頃からですか (昨日から等) 1か月前くらいから 原因は? (転倒した等) 明らかな原因は無いですが、痛くなる数日前にゴルフをしたからかもしれません。 経過 詳細に (他院で○検査し△と診断され、口治療するも改善せず等) ○クリニックで痛み止めをもらった。検査はしていない。		症状のある部位に○ (お困り順に①、②...と付記して下さい) 	
② 部位と症状 (右おしり～足指までの痛みしびれ等)	左膝の痛みとはれ いつ頃からですか (5/10から等) 3年前。落ち着いていたが、2週間前から症状が出てきた。 原因は? (重量物を持った等) 2週間前よく歩いた翌日から痛い。 経過 詳細に (鎮痛剤で様子を見ていたが、さらに悪くなってきた等) 3年前△病院でレントゲンを撮り、軟骨がすり減っているとされた。ヒアルロン酸の注射を10回くらい打って落ち着いていた。		手術を受けたことは? ない・ <input checked="" type="checkbox"/> ある(バイパス手術) 体内に金属が入っている? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・はい() 抗凝固剤(血液サラサラの薬)を内服している? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・はい()	
現在治療中、または今までにかかった病気を○で囲んでください。 特にない <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症 <input checked="" type="checkbox"/> ぜんそく <input checked="" type="checkbox"/> 胃かいよう <input checked="" type="checkbox"/> リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> 脳こうそく <input checked="" type="checkbox"/> 痛風 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 その他(心筋梗塞)				
今までに飲み薬や注射などで副作用が出たことはありますか? <input checked="" type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある(薬剤名) () ・症状()				
女性の方のみ 妊娠の可能性はありますか? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・妊娠中 授乳中ですか? <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				

診察ご希望の症状のある部位をすべて図示してください。お困り順に①、②...とご記入下さい。

3か所以上診察希望部位がある場合には、③以降の部位もご記入ください。後日あらためて問診・診察いたします。

病名がお分かりの方はご記入ください。