

# 初診問診票

国 ・ 社 ・ 老 （ 1 ・ 3 割）  
公（ ） ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 自費

No. 2 お名前 \_\_\_\_\_

- ☆ この問診票は病気を治すために大切な資料となります。差し支えない範囲でご記入下さい。  
☆ また、個人情報ですので大切に保管し、内容が外部へ漏れることはありません。

1. 今日はどうされましたか。○をつけて下さい。

症状：痛み ・ 腫れ ・ しびれ ・ 麻痺 ・ 傷

外傷（転倒、スポーツ、捻挫など） ・ 交通事故 ・ 労災（通勤中も含めて）

部位：（ \_\_\_\_\_ ）

2. いつからですか。

今日 ・ 1 から ・    日前 ・    週間前 ・    ケ月前 ・    年前

3. 今回の症状に対して、他の病院で治療や検査をされたことはありますか。

（整骨院やカイロプラクティックなどの治療院も含む）

（ \_\_\_\_\_ ）

4. 薬や注射に対するアレルギーはありますか。

いいえ はい → それはどんな種類の薬や注射ですか。又、どんな時起こりましたか。

ピリン禁 アルコール禁 シップかぶれ 麻酔 その他

（ ある方は詳しく \_\_\_\_\_ ）

5. 現在妊娠していますか。またはその可能性はありますか。（女性のみ）

いいえ はい （妊娠   ヶ月）

6. 現在他院で治療中の病気や、飲んでいる薬があれば、解る範囲でご記入下さい。

糖尿病 高血圧 心疾患 リウマチ 骨粗鬆症 痛風 高脂血症

肝機能障害 腎機能障害 B・C型肝炎、HIVなどの感染症 癌（治療後も含めて）

体内に金属がある方（ペースメーカーや人工関節など） 胃炎・胃潰瘍

（ ある方は詳しく \_\_\_\_\_ ）

7. 検査や治療についてご要望がありましたら、お伝え下さい。

（ \_\_\_\_\_ ）

骨密度の測定 リウマチの検査 採血 お薬

ブロック注射 ヒアルロン酸注射 レントゲン リハビリ