

# 初診問診票

※□の該当する部分に☑をお願いします。

診察券番：

受診日	20	年	月	日	身長	cm	体重	kg
ふりがな				性別	生年月日			年齢
氏名				男女	西暦	年	月	日
現住所	〒						職業	
携帯電話番号	( ) ※お持ちでない方は自宅の電話番号							
<p>・当院を何を見て初めて知りましたか？（※できる限り記入のご協力をお願いします）</p> <p><input type="checkbox"/>①当院ホームページ <input type="checkbox"/>②Googleマップ <input type="checkbox"/>③医療機関紹介サイト <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>→①②③を検索された際のキーワード： ( )</p> <p><input type="checkbox"/>家族・知人の紹介→勧められた理由： ( )</p> <p><input type="checkbox"/>当ビル入り口の置き看板 <input type="checkbox"/>当ビル3階の窓看板 <input type="checkbox"/>電柱看板 <input type="checkbox"/>小田急線藤沢駅ホーム看板</p>								
<p>・当院の受診は初めてですか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>「いいえ」の方→ ( ) 年頃 受診した病名： ( ) 治療： ( )</p> <p>※お薬手帳・服薬中のお薬の分かる紙、他院からの紹介状や画像がありましたら受付にご提出ください</p>								
<p>・今まで骨折と診断されたことはありましたか？(複数あれば余白にもお願いします)</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p>( ) 年頃 病名： ( ) 治療： ( )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>								
<p>・今まで入院や手術を要する病気はありましたか？(複数あれば余白にもお願いします)</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p>( ) 年頃 病名： ( ) 治療： ( )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>								
<p>・現在、治療中の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臓疾患 <input type="checkbox"/>腎臓疾患 <input type="checkbox"/>肺疾患 <input type="checkbox"/>脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/>認知症 <input type="checkbox"/>パーキンソン病 <input type="checkbox"/>うつ病 <input type="checkbox"/>整形外科的疾患：( ) <input type="checkbox"/>その他： ( )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>								
<p>・現在、服用しているお薬がありますか？(お薬手帳があれば受付へ提出もお願いします)</p> <p><input type="checkbox"/> あり 薬剤名： ( )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>								
<p>・薬のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> あり 薬と症状 ( )、食べ物と症状 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p>								
<p>・(※女性の方のみ) 妊娠中または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>授乳中) <input type="checkbox"/>いいえ</p>								
<p><input type="checkbox"/> 裏面もごさいます。表と裏は全てご記入いただきましたか？</p>								