

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			歳
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					
・ 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致します） ☐①当院ホームページ ☐②Googleマップ ☐③医療機関紹介サイト ☐その他（ ） →①②③を検索された際のキーワード：（ ） ☐家族・知人の紹介→勧められた理由：（ ） ☐当ビル入り口の置き看板 ☐当ビル3階の窓看板 ☐電柱看板 ☐小田急線藤沢駅ホーム看板						
・ 当院の受診は初めてですか？ ☐はい ☐いいえ 「いいえ」の方→（ ）年頃 受診した病名：（ ）治療：（ ） ※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						
・ 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) ☐ あり （ ）年頃 病名：（ ）治療：（ ） ☐ なし						
・ 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) ☐ あり （ ）年頃 病名：（ ）治療：（ ） ☐ なし						
・ 現在、治療中の病気はありますか？ ☐ あり ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓疾患 ☐腎臓疾患 ☐肺疾患 ☐脳梗塞・脳出血 ☐認知症 ☐パーキンソン病 ☐うつ病 ☐整形外科的疾患：（ ）☐その他：（ ） ☐ なし						
・ 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) ☐ あり 薬剤名：（ ） ☐ なし						
・ 薬のアレルギーはありますか？ ☐ あり 薬と症状（ ）、食べ物と症状（ ） ☐ なし						
・ （※女性の方のみ）妊娠中または授乳中ですか？ ☐ はい（☐妊娠中 ☐授乳中） ☐いいえ						
☐ 裏面もございます。表と裏は全てご記入いただきましたか？						

問診票（初診・再初診）

※※※※※※※※※※※※※※※※全ての項目の記入をお願い致します※※※※※※※※※※※※※※※※

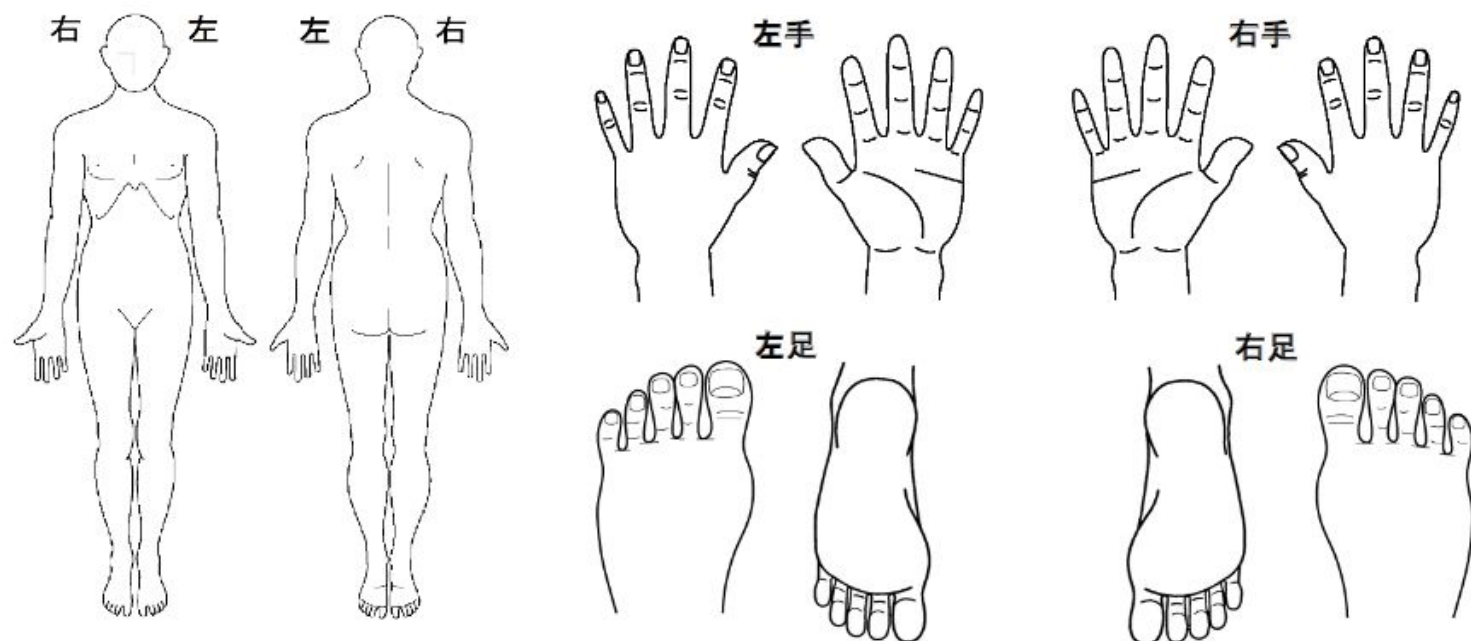
1、現在お困りの症状はいつからですか？

西暦（ ）年（ ）月（ ）日（または 年・月・日前）から

2、原因は何かありますか？

- ☐転倒 ☐ぶつけた ☐ひねった ☐重いものを持った
☐交通事故（☐自動車 ☐バイク） ☐その他（ ）
☐特になし

3、その症状はどの部位ですか？○印を付けて下さい。



4、その症状のタイミング、頻度、症状、程度を教えてください（自由記述）

$$(\quad)$$

5、その症状によって制限され困っている日常生活はありますか？（自由記述）

$$(\quad)$$

6、受けたい検査や医師へのご要望はありますか？（自由記述）

$$(\quad)$$