

No.

初診問診票

保険証 有無: 有・無
保険証お返し: 有・無

ふりがな

受診日: 令和 年 月 日

氏名

男・女

生年月日: 昭和・平成・令和 年 月 日(歳)

電話番号:

携帯番号:

※必要時、当クリニックからご連絡することがありますのでご了承ください。

住所:(〒 -)

※マンション、アパートなどの建物名もご記載ください。

1. 症状をご記入ください

・いつ頃からですか?

[]

・どんな症状ですか?

[]

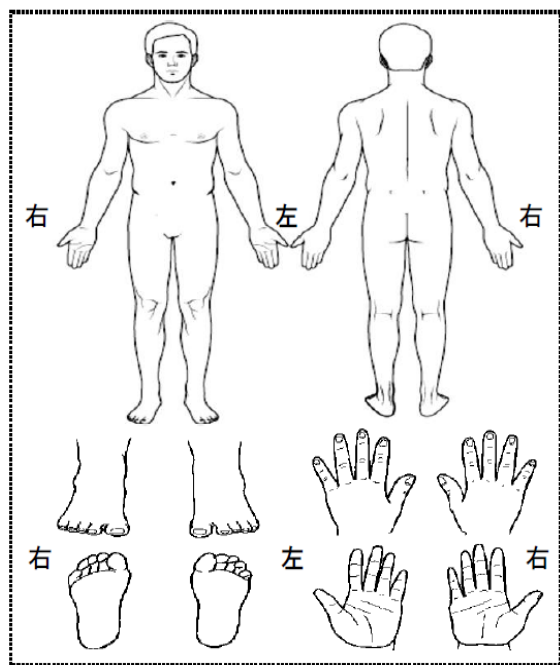
・気になる症状の部位を右の図で示して下さい

・症状が出たきっかけ・原因はなんですか。

[]

・過去に手術を受けた事がありますか。

いいえ はい()



2. 現在、治療中の病気はございますか? お薬手帳をお持ちの方は医師にお見せ下さい。

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 糖尿病 前立腺肥大 緑内障
その他 []

3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快)を起こしたことがありますか。

薬 : いいえ はい 薬剤名: _____ 症状: _____
食べ物: いいえ はい 食べ物: _____ 症状: _____

4. ペースメーカーを入れていますか。 いいえ はい(電気治療はできません)

5. 女性の方の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性がある

授乳中ですか いいえ はい

※「はい」又は「可能性がある」を選択された患者様

一部の検査・薬剤の処方を、医師の判断により行わない場合がございます。

6. その他 ご希望など

例) MRI撮影、フィットネスリハビリ、パーソナルパワープレート、マンツーマンリハビリ(運動療法)希望など

7. 当クリニックをどちらでお知りになりましたか?

インターネット 新聞折込 看板 紹介 広告・チラシ 通りがかり その他

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。U-PLACEかわごえ整形外科