



# 初診問診票

ID \_\_\_\_\_

年 月 日

(ふりがな)

名前 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 生年月日 SH \_\_\_\_\_ 年 月 日 職業 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

## ● どちらで当院をお知りになりましたか？

- 家族 ( \_\_\_\_\_ 様)  友人・知人 ( \_\_\_\_\_ 様)  インターネット  当院の前を通過して  
 地下鉄・バス停の看板  他院紹介 ( \_\_\_\_\_ )  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 1. 症状 (分かる範囲でお答え下さい)

どこが \_\_\_\_\_ (右図に×印を)

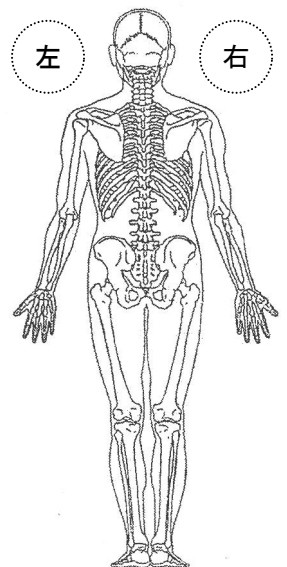
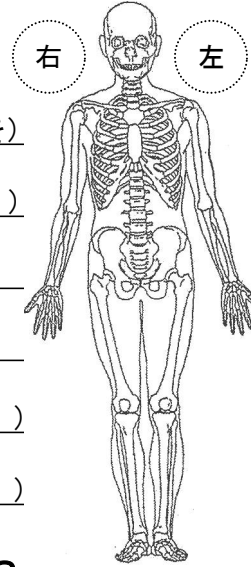
どのように 痛い・しびれ・腫れ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

いつから \_\_\_\_\_

きっかけは? \_\_\_\_\_

すすみかたは? 急に・徐々に・その他 ( \_\_\_\_\_ )

はじめに比べて? 良い・悪い・その他 ( \_\_\_\_\_ )



## 2. 今回の事で、どこかで治療を受けていますか？

- はい ( \_\_\_\_\_ ) 病院  いいえ

## 3. 過去に病気もしくは手術をした事がありますか？

- 心臓病  糖尿病  高血圧  肝炎  腎臓病  リウマチ  
 ペースメーカー  人工関節  金属固定  骨そしょう  婦人科 ( \_\_\_\_\_ )  
 頸・腰ヘルニア  分離症・すべり症  脊柱管狭さく症  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 現在何か薬を飲んでいますか？

- はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

## 5. 食べ物・飲み薬・注射でじんましんやアレルギーが出た事がありますか？

- はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

## 6. 『女性の方のみ』 現在、妊娠の可能性はありますか？

- はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

※ 当院では今後の医学の発展の為、個人情報保護を配慮した上でカルテ・画像などを学会、講義などで使用させて頂く事があります。同意できない方は、お手数ですが、お申し出下さい。