

初診問診票 (再初診) カルテ NO、 ( 令和 年 月 日)

フリガナ \_\_\_\_\_ 性別 ( 男・女 ) 生年月日 ( T・S・H・R ) 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 携帯番号 ( ) - \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

【 一人暮らし ・ ( ) と同居】ご家族の連絡先 ( ) - \_\_\_\_\_

1、どのような症状ですか？ ※右の絵図に、症状のある部位を○又は、斜線(/)をつけて下さい。

・いつごろから→ \_\_\_\_\_

・きっかけ→ \_\_\_\_\_

※きっかけは仕事中の出来事ですか？ (はい・いいえ)

2、上記の症状について詳しくお書きください

( )

★【女性の方のみご記入下さい】

・現在、妊娠中ですか？ { いいえ・可能性有 ・ はい ( 月 )

・現在授乳中ですか？ ( いいえ ・ はい )

3、現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は、病名をご記入下さい。

4、現在服用中の薬はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は、薬剤名をご記入頂くか、お薬手帳を提出して下さい。

5、今までに大きな病気や手術歴がありますか？

「はい」の方は、以下にご記入下さい。(はい・いいえ)

歳時： \_\_\_\_\_

歳時： \_\_\_\_\_

6、アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は、下記にご記入下さい。

食べ物アレルギー ( )

薬のアレルギー ( )

その他 ( )

7、身長・体重をご記入下さい。

身長 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Kg

