

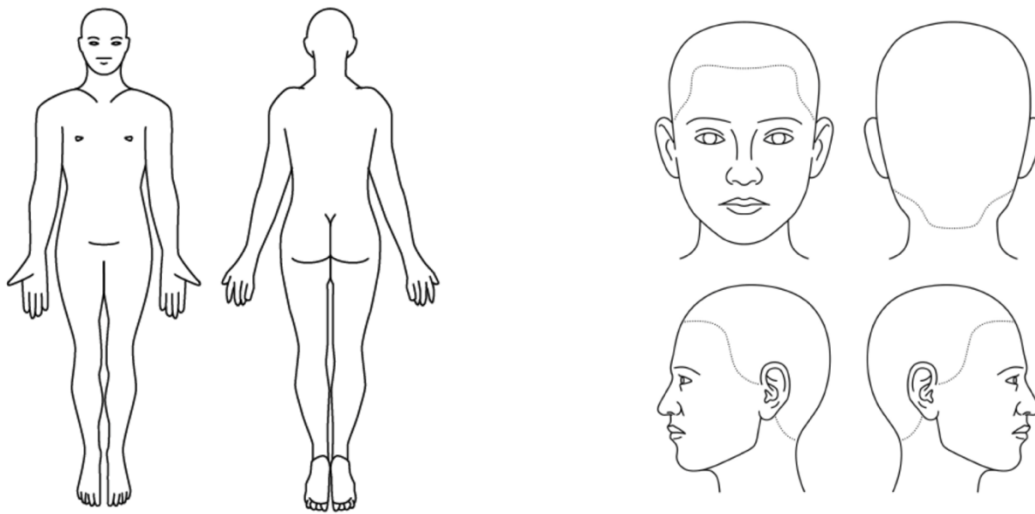
初診問診票

記入日 20 年 月 日

※紹介状、お薬手帳、画像（CD-R）などをお持ちの方は受付にお出してください。

ふりがな		生年月日		
氏名	男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	歳
住所	〒			
電話番号		ご職業		

【痛みや痺れの部位に丸印をつけてください】



【その症状はいつからありますか？】

【何か原因はありましたか？】

【その痛みで別の病院を受診されましたか？】

いいえ はい 病院名 ()

【別の病院を受診されている場合、痛みの原因は何と言われましたか？】

【この痛みに対して何か治療を行いましたか？】

飲み薬 貼り薬 塗り薬 ブロック注射 リハビリ
電気治療 その他 ()



裏面に続きます

【現在、お薬を服用されていますか？】

*お薬手帳がある方は、受付にお出しただければ記載は不要です。

いいえ はい

服用している薬の名前：

【下記のお薬を服用中の方は必ずお申し出ください】

*神経ブロックを行う際に非常に重要です

- | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> イグザレルト | <input type="checkbox"/> エパデール | <input type="checkbox"/> エフィエント |
| <input type="checkbox"/> エリキュース | <input type="checkbox"/> コンプラビン | <input type="checkbox"/> 小児用バファリン |
| <input type="checkbox"/> バイアスピリン | <input type="checkbox"/> パナルジン | <input type="checkbox"/> プラザキサ |
| <input type="checkbox"/> プラビックス | <input type="checkbox"/> プレタール | <input type="checkbox"/> プレドニン |
| <input type="checkbox"/> ペルサンチン | <input type="checkbox"/> リクシアナ | <input type="checkbox"/> ワーファリン |
| <input type="checkbox"/> 免疫抑制薬 | <input type="checkbox"/> その他、血液をサラサラにするお薬 | |

【お薬、食べ物、造影剤などにアレルギーはありますか？】

いいえ はい 内容（ ）

【今までに次のような病気や大きな病気にかかったことがありますか？】

いいえ はい

傷病名

- | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 癌 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 精神疾患 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | | | | ） |

【今までに手術を受けたことがありますか？】

いいえ はい 内容（ ）

【当院での治療や検査に関するご希望があればご記入してください】

【女性の方に質問です。現在、妊娠中もしくはその可能性がある、授乳中ですか？】

いいえ はい

【当院をどこでお知りになりましたか？】

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ご家族、知人 | <input type="checkbox"/> チラシ・広告 | <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> インターネット |
| <input type="checkbox"/> 他院より紹介 | <input type="checkbox"/> 通りがかり | <input type="checkbox"/> 新聞、雑誌 | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |

ご記入ありがとうございました