

No. _____

初診問診表

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	ふりがな	男 女	M・T・S・H 年 月 日 才
住所	(〒 _____)		
	(自宅電話)		(携帯電話)
<p>① 本日はどうされましたか？</p> <p>いつから？ _____</p> <p>どこが？ _____</p> <p>どうしました？ _____</p> <p>今回のけがの原因は何ですか？</p> <p>交通事故・仕事中(労災)・通勤中(通勤災害)・第三者行為・学校・その他</p> <p>② 薬剤や食べ物に対してアレルギーはありますか？</p> <p>いいえ・はい 薬剤の種類 (_____)</p> <p>食べ物の種類 (_____)</p> <p>③ 今までに以下の病気にかかったことがあれば、○でお囲みください。</p> <p>・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 喘息</p> <p>・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 高血圧</p> <p>・ 上記以外の現在治療中の病名 (_____)</p> <p>④ 現在薬を服用していますか？</p> <p>いいえ・はい (_____)</p> <p>*お薬手帳をお持ちの方は提示してください。</p> <p>⑤ いままでにひどいけがや骨折をしたことがありますか？</p> <p>いいえ・はい (_____)</p> <p>⑥ いままでに手術を受けられたことがありますか？</p> <p>いいえ・はい (_____)</p> <p>⑦ 一週間以内に胃透視X線検査を受けられましたか？</p> <p>いいえ・はい</p> <p>⑧ “妊娠している可能性”はありますか？</p> <p>いいえ・はい (妊娠 第 _____ 週)</p> <p>“授乳中”ですか？</p> <p>いいえ・はい</p>			