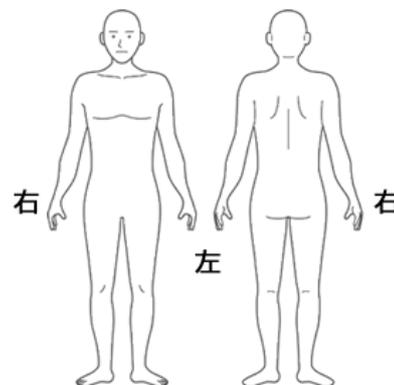


初診の方にお尋ねします

氏名 _____ (_____ 歳)

下記にあてはまるものに○印を付け、
必要事項をできるだけご記入ください。

- 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg
- 悪い所 (相談の所) はどこですか? ○印をつけて下さい



- いつからですか [_____ 月 _____ 日頃]
- 原因はなんですか [_____]
- どんな症状ですか [痛み シビレ 腫れ その他 (_____)]
- どのような仕事内容ですか [_____]
- 薬・消毒薬 (アルコール等) ・金属・ゴム等でアレルギーはありますか [あり・なし]
[何によるアレルギーですか]
[どのような症状でしたか]
- 薬による副作用の経験はありますか [あり・なし]
[どの薬剤による副作用ですか]
[どのような症状でしたか]
- 現在、治療中の病気はありますか [あり・なし]
[心臓病 肝臓病 喘息 高血圧 糖尿病]
[脳血管障害 甲状腺疾患 その他]
- 現在、使用している薬はありますか [あり・なし]
[_____]
- 過去にかかった病気はありますか [あり・なし]
[_____]
- 女性のみ 妊娠の可能性あり (H _____ 年 _____ 月 _____ 日の時点において)
妊娠中 (H _____ 年 _____ 月 _____ 日 出産予定)
授乳中 (H _____ 年 _____ 月 _____ 日 出生日)
不明 妊娠の可能性なし