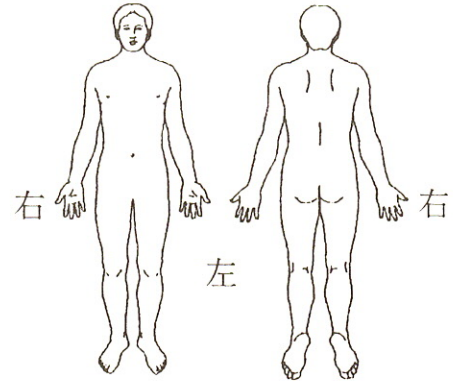
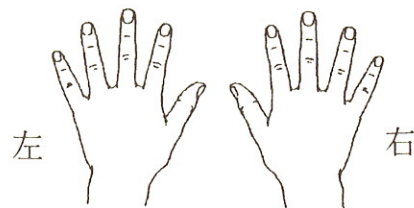
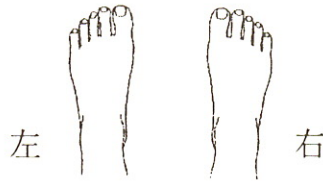


初診の方にお尋ねします

氏名 _____ (歳)

- 身長 () cm 体重 () kg
- 紹介状・画像等をお持ちですか いいえ はい →お持ちの方は受付に提出して下さい
- 診てほしいところはどこですか？しるしをつけてください



- どんな症状ですか 痛み しびれ 腫れ できもの その他 ()
- いつからですか 月 日頃から, ヶ月前, 年前
- 考えられる原因はありますか ない ある
※あると答えられた方は、詳しくご記入ください
()

- 職業 () 仕事の内容 立ち仕事 デスクワーク 軽作業
 重量物を扱う その他 ()

- 現在、治療中の病気はありますか
 ない ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病
 甲状腺 脳血管障害 その他 ()

- 普段飲んでいる薬はありますか
 ない ある →本日お薬手帳をお持ちですか ない ある →お持ちの方は提出して下さい
又は、使用中のお薬が分かる方は薬剤名をご記入ください
()

- 今まで大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか
 ない ある → ()

- 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
 ない ある →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
 ない ある →どの薬剤による副作用ですか ()
どのような症状でしたか ()

- 女性の方のみご記入ください
・妊娠中ですか いいえ はい (予定日 年 月 日)
・授乳中ですか いいえ はい (出生日 年 月 日)

どうもありがとうございました (医) 慈和会