

ID番号

お名前  
(カタカナ)

ドクターランド船橋

## 整形外科 問診票

\*診察券のない方は  
診療申込書もご記入下さい

◎体重 [ . kg ] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_ 頃から

どのような症状ですか。具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。

症状の原因は何ですか。 交通事故 工作中・通勤中のケガ 不明

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2.今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ はい →: \_\_\_\_\_

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい →: \_\_\_\_\_ お薬手帳 あり なし

ここからは成人の方のみご回答下さい

5.喫煙歴について  喫煙はしない

喫煙をしている。( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間くらい)

以前喫煙をしていた。( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間くらい)

6.飲酒について  飲酒の習慣はない。

飲酒の習慣がある。(頻度  ほぼ毎日  週に \_\_\_\_\_ 回くらい)

7.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。