ID:

整形外科　問診票

フリガナ 氏名		性別 男 ・ 女	生年 月日	明・大・昭・平 年　月　日(　歳)	体重	kg ※小学生以下記入必須
住所	〒 当院に初めて受診される方は 住所・電話番号をご記入ください			TEL 携帯番号		

1．いつからお困りですか

（　　）**頃から**

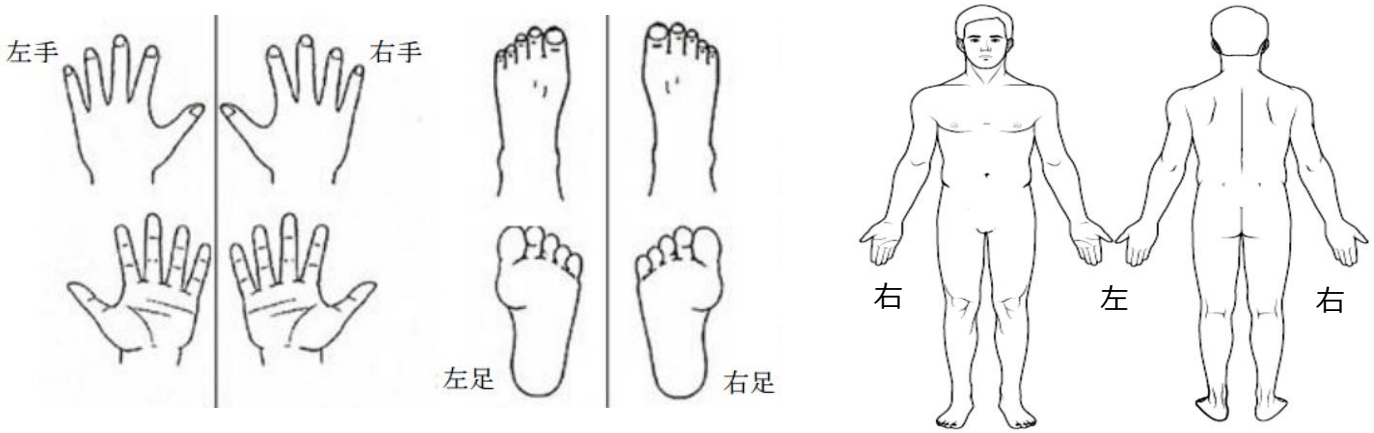
2．発症原因に心当たりはありますか

□ **特になし**　□ **交通事故**　□ **仕事中や通勤中の怪我**
□ **スポーツ**　□ **転倒した**　□ **ぶつけた**　□ **ひねった**

3．どのような症状ですか

□ **痛い**　□ **しびれる**　□ **腫れている**　□ **その他（　　）**

4．症状のある部位はどこですか　　図の中に○をつけてください



□ **症状の引き続き治療**　□ **お薬が無くなった**　□ **証明書・診断書等の希望**

※他院にて診断された病状の治癒・許可証明の記入はお受けできかねます

この症状で、治療をうけたことはありますか　　□　いいえ　　□　はい（内容：　　）

現在内服している薬はありますか　　□　いいえ　　□　はい（ お薬手帳：　□　あり　　□　なし ）

内服している薬（　　）

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

□　喘息　　□　高血圧　　□　心臓病　　□　肝臓病　　□　腎臓病　　□　糖尿病　　□　前立腺肥大

□　痛風　　□　緑内障　　□　その他（　　）

薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬　：　□　いいえ　　□　はい　　薬剤名：　　症状：

食べ物　：　□　いいえ　　□　はい　　食べ物名：　　症状：

女性の方のみお答えください

※妊娠中ですか：　□　いいえ　　□　はい　　□　可能性がある　（妊娠　　週目）

※授乳中ですか：　□　いいえ　　□　はい　　（出産予定日　　年　　月　　日）

＊本日は何を見て来院されましたか。○をつけてください。

1）　知人の紹介　　2）病院の紹介　　3）通りがかり　　4）インターネット

5）　広告・チラシ　　6）地域新聞　　7）駅看板　　8）その他（　　）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。