

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 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中や通勤中の怪我 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった
3. どのような症状ですか <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 症状の引き続き治療 <input type="checkbox"/> お薬が無くなった <input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望	

この症状で、治療を受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  
食べ物 :  いいえ     はい

薬剤名 :                      症状 :  
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)

\*本日は何をき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。