

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日			
氏名			年	月	日	
住所	〒	—	身長:		cm	
			体重:		Kg	
電話番号			職業			

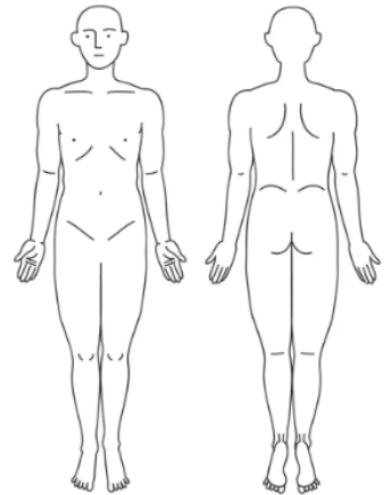
当院をどちらでお知りになりましたか？

- ホームページ 近所・通りがかり ご家族・知人から チラシや看板
 SNS(インスタグラム、LINE) 他院からの紹介 その他()

1. どのような症状ですか？

- 痛い しびれる 動きにくい はれている
 できものがある つっぱる 傷がある ねんざした
 やけどした
 その他 ()

症状のある部位に○をつけてください



2. 症状はいつからですか？ テキストを入力してください

3. 症状が出たきっかけは何ですか？

()

- 交通事故 仕事中(労働災害) 原因がわからない

4. 今回の症状で他の病院を受診されましたか？ いいえ はい(病院名:)

5. 現在治療中、あるいは、かかったことのある病気やケガに○をつけて下さい

- なし 高血圧 糖尿病 心疾患 不整脈 脳卒中 胃・十二指腸潰瘍
高脂血症 肝炎 肺結核 ぜんそく その他()

6. 現在、飲まれているお薬はありますか？ ない ある()

7. 手術を受けたことがありますか？ 年 病名: 病院名:

8. 体内に金属(ペースメーカー含む)が入っていますか？ いいえ はい()

9. お薬、食べ物のアレルギーはありますか？ ない ある()

10. 麻酔(歯科麻酔を含む)で気分が悪くなったことはありますか？ ない ある

11. 女性の方へ、現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？ いいえ はい(妊娠中 授乳中)

12. 本日まで希望の内容があれば○を付けて下さい。

レントゲン・血液検査・薬・湿布・骨そしょう症検査・リハビリ・その他()

13. 上記以外で医師に相談したいことはありますか？

いいえ はい()

*ご記入ありがとうございました

三国ゆう整形外科