

整形外科 問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住所 _____

電話番号 _____

携帯番号 _____

①どの様な症状で受診されますか？

部位と症状を右の図にお示し下さい。

②いつからですか？

(_____)

③今回の症状で治療を受けたことがありますか？

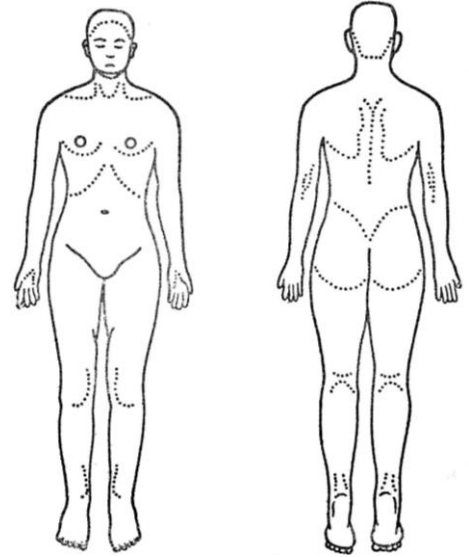
なし

あり どこで受けましたか？

(_____)

どのような治療を受けましたか？

(_____)



④今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？

喘息

高血圧

糖尿病

心臓病

緑内障

甲状腺

アトピー

胃炎

排尿障害

その他(_____)

⑤今までに手術の経験はありますか？

なし

あり 病名:(_____)

いつ頃:(_____)

⑥現在飲んでいる薬はありますか？

なし

あり 薬品名:(_____)

⑦薬品や食物などのアレルギーはありますか？

なし

あり(_____)

⑧当院では症状改善のため、必要があればリハビリテーションを推奨しています。希望されますか？

しない

する(10分程度 20分程度 30分程度 特に時間にこだわらない)

医師と相談して決める 本日は時間がないので後日希望する

⑨女性の方へ

現在妊娠している可能性はありますか？ なし あり _____ W 未確定

授乳はされていますか？ なし あり

⑩当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

インターネット検索

家族が受診している

家が近い

家族や親戚に聞いて

友人に聞いて

ホームページ

看板

医療機関からの紹介

職場の紹介

その他(_____)