

# 問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 :

性別 : [男 / 女]

年齢 : [ ] 歳

生年月日 : [大 / 昭 / 平 / 令] 年 月 日 職業 : [ ]

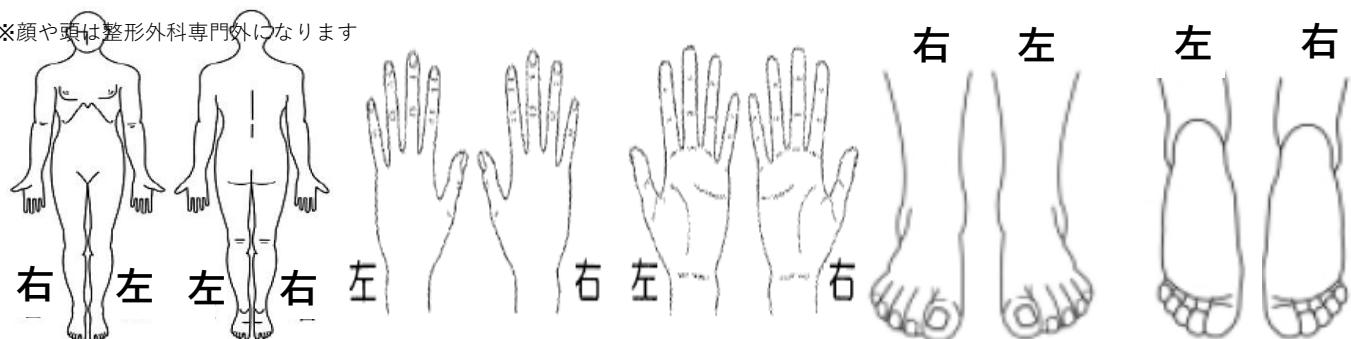
〒 - 住所 :

連絡先 : 携帯 [ ] - - - ] 自宅 [ ] - - - ]

身長 : [ ] cm 体重 : [ ] kg 介護認定 : [ なし / あり ]

1. 診察を希望する部位に○をつけてください (複数の場合は1番診てほしい所から番号をふってください)

※顔や頭は整形外科専門外になります



2. 本日の症状にあてはまるものに○をつけ、時期を記入してください

いたみ / 傷 / 出血 / はれ / 動きにくい / しびれ / しこり / こわばる

その他 [ ]

[ ] 月 [ ] 日 / [ ] 週間前 / [ ] カ月前 / [ ] 年前

3. 原因だと思うものに○をつけてください

わからない / 転んだ / 落下 / ひねった / ぶつけた / はさんだ / 切った / スポーツ

状況 (場所も含め) [ ]

4. 今回の症状を他の病院で受診・治療経験がありましたらご記入ください

病院名 [ ] 時期 [ ]

5. 当院以外で治療中の病気や入院・手術歴がありましたらご記入してください

糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 腸原病 / リウマチ / 喘息 / 痛風 / 腎臓病 / 心臓病 / 脳の病気 / 肝臓病 / 精神疾患

その他病気 [ ]

入院・手術歴 [ ]

6. 現在お薬を飲んでいますか? [いいえ / はい]

お薬手帳のない方は記入してください ↓

お薬の名前 [ ]

7. お薬・食べ物のアレルギーはありますか? [ない / ある]

湿布 / 消毒薬 アレルギーのあるお薬・食べ物の名前 [ ]

8. 女性で当てはまる方はご記入ください 現在【妊娠中 [ ] 週 / 妊娠の可能性がある / 授乳中 ]