

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：[]

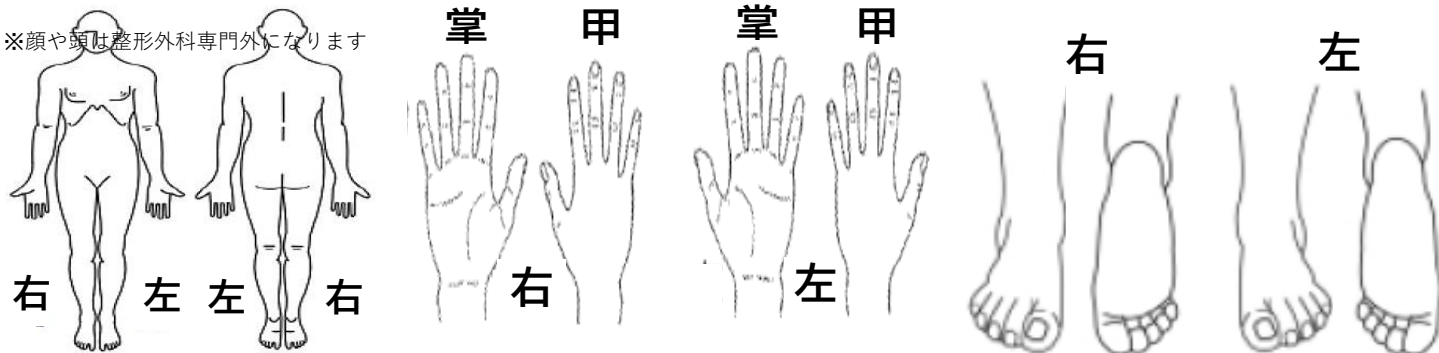
〒 - 住所：

連絡先：携帯 [- -] 自宅 [- -]

身長：[] cm 体重：[] kg 介護認定：[なし / あり] 要支援・要介護[]

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（複数回答可）

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 []

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

3. 原因だと思えるものに○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記入してください

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記入してください

糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 膠原病 / 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・食物の名前 []

8. 女性の方で現在妊娠中ですか？ [いいえ / はい]

現在【妊娠中[]週 / 妊娠の可能性がある / 授乳中】