

整形外科 問診票

診療日	年 月 日		
(フリガナ)		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成
氏名	男 ・ 女		年 月 日 (歳)
自宅住所	〒 — (自宅電話) — — (携帯電話) — —		
身長	cm	体重	kg

1, どうされましたか？

2, スポーツ歴 ()、部活動 () 部 () 小、中、高 () 年

3, いつごろから症状は出てきましたか？

☐ 今日 ☐ 昨日 ☐ ____ (日・月・年) 前から

4, 考えられる原因はなんですか？

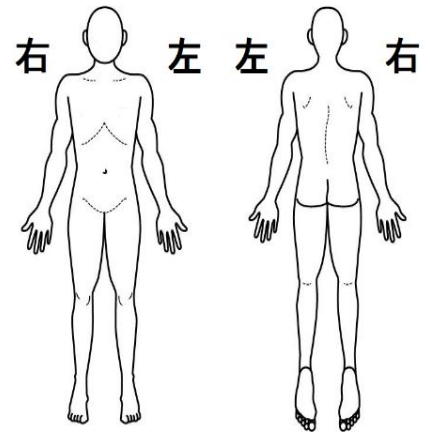
☐ 交通事故 ☐ 仕事 ☐ スポーツ ☐ 転倒

☐ その他 ()

ケガをした日、事故にあった日がわかる場合は
ご記入をお願いします 平成 年 月 日

5, 症状の当てはまる部位はどこですか？

右の図に  をつけて下さい



6, 現在治療中の病気はありますか？

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 (狭心症・不整脈など) ☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ 胃潰瘍

☐ 脳梗塞 ☐ その他 ()

☐ 現在治療中の病気はない

7, 現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい ()

8, 今までにケガや病気で手術を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい (年前 病名)

9, 薬や食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい	薬
	食べ物
	症状 ☐ 気分が悪くなる ☐ 湿疹 ☐ 息苦しさ ☐ その他 ()

10, 女性の方へお尋ねします。

妊娠している可能性はありますか？

☐ はい (____ 週) ☐ いいえ ☐ わからない

現在授乳中ですか？

☐ はい ☐ いいえ

※ご記入ありがとうございました。受付にご提示下さい。

—かわむら整形外科・内科クリニック—