

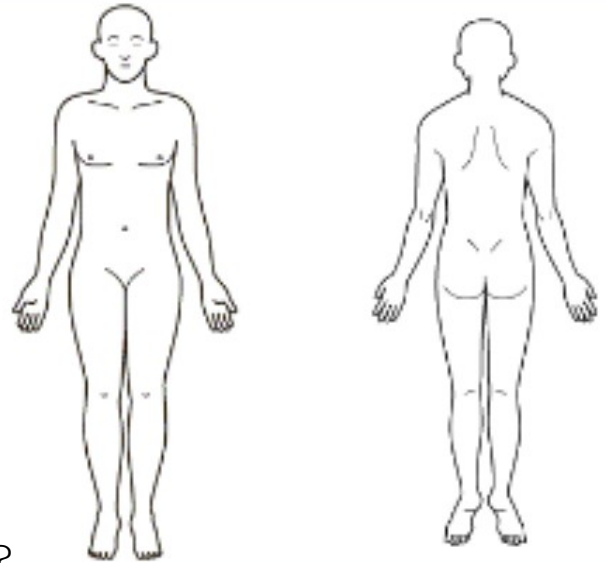
整形外科 問診票

年 月 日

ふりがな			生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
お名前	様 男・女				
ご住所	〒 -		職業		
お電話	(ご自宅) -	-	(携帯等)	-	-

1.本日はどのような症状で来院されましたか？

- 痛み しびれ ケガ 事故
 健診後の精密検査 紹介状持参
 その他 ()



2.上の症状はいつ頃からありますか、またどの部位ですか？

(日前から、
ヶ月前から、
年前から)

3.現在または今までにかかったことのある病気がありますか？

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息
 その他 ()
 (病医院名：)

4.手術をされたことはありますか？

(はい・いいえ) (いつ： 病医院名：)
(手術名：)

5.現在、服用されているお薬はありますか？

(はい・いいえ) (お薬名：)

6.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい・いいえ) (種類：)

7.差し支えなければお答えください。

たばこ：吸う (本/日) ・吸わない 飲酒：あり (/日) ・なし
 スポーツ：している () ・しない

8.女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

ありがとうございました。

かわぐちクリニック