

問 診 票

この問診票は診察を円滑に進め、待ち時間をできるだけ少なくし、かつ適切な治療をする為に使用させていただきます。

フリガナ _____

氏 名 _____ 殿 (男・女)

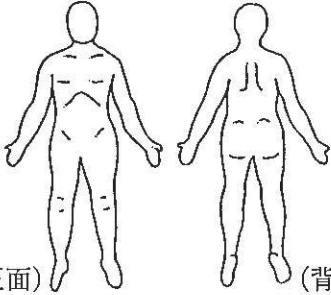
生年月日 (大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才

住 所 〒 _____

電話番号 (_____) _____ 職業 _____

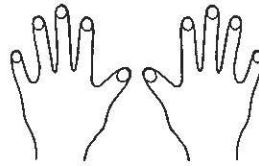
携帯番号 (_____) _____

1. 本日はどの部位を診てもらいますか？ ○印をつけて下さい。



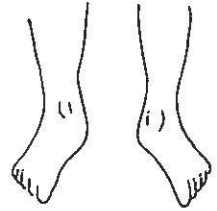
(正面)

(背面)



(左)

(右)



(右)

(左)

2. どんな症状ですか？ ○印をつけて下さい。

- ・痛い ・しびれる ・感覚が鈍い ・こわばる ・曲がらない ・伸びない
- ・変形している ・皮下出血 ・熱っぽい ・しこりがある ・歩行困難
- ・出血している ・腫れ ・むくみ ・その他 (_____)

3. その症状はいつ頃からありますか？

(_____)月(_____)日から ・ (_____)週間前から ・ (_____)カ月前から ・ (_____)年前から

4. 原因がありましたら○印をつけて下さい。

- ・転んだ ・ひねった ・ぶつけた ・はさまれた ・切った ・落ちた ・交通事故
- ・仕事中(通勤中を含む) ・労災 ・不明 ・その他(具体的に _____)

5. 現在、治療中のものも含めて、今までにかかった大きな病気、ケガをお書き下さい。

(_____)

6. 現在、内服中の薬がありましたらお書き下さい。

(_____)

7. 今までに薬を飲んで、具合が悪くなったことがありますか？ありましたらお書き下さい。

(_____)

8. 「女性のみ」現在、妊娠中か妊娠している可能性はありますか。 ない・ある(妊娠 週)

現在、授乳中ですか？ はい・いいえ

9. 来院理由

- ・近いから ・スポーツ ・職場の近く ・知人の紹介 ・インターネット

10. 紹介状 (あり・なし)

どうもありがとうございました。症状によっては、先にX線撮影する事もありますので御了承下さい。

医療法人社団 順公会 佐藤整形外科