

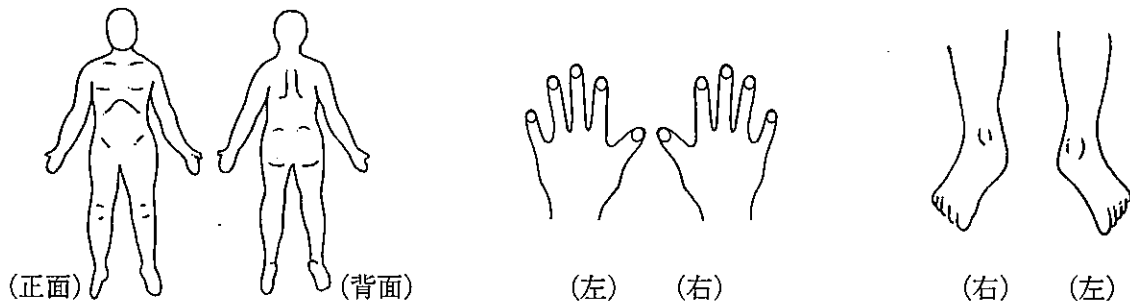
問 診 票

令和 年 月 日

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。



2. どのような症状ですか？

- 痛い しびれる 動きにくい しこりがある 出血している 腫れ
その他 ()

3. その症状はいつ頃からですか？

()月()日から・()週間前から・()カ月前から・()年前から

4. 原因はありますか？

- 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(通勤中も含む) スポーツ 不明 その他 ()

5. 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？ いいえ・はい(医療機関名)

6. 既往症

- 喘息 糖尿病 腎不全 高血圧 心臓病 ペースメーカー 脳梗塞 脳出血
B型肝炎 C型肝炎 緑内障 胃潰瘍 悪性腫瘍 その他 ()

7. 内服中の薬 無・有 薬手帳 無・有

8. 今までに薬を飲んで、副作用が出たことはありますか？ 無・有(薬剤名)

9. 妊娠 無・有(妊娠 週) 授乳中 はい

10. 紹介状 無・有 画像データ 無・有

11. 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

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