

問診票(整形外科)

No.

年月日

ふりがな ----- お名前	性別 男・女 他	生年月日 (年齢 歳) 年 月 日
住所 〒	電話番号	

今日はどのような症状で来られましたか？(例：今朝から腰が痛い、6月頃から足がしびれる)

通勤中・勤務中の事故は対応できません。交通事故の方は受付にお申し出下さい。

他の病院・クリニックで治療を受けていますか？(例：高血圧の薬、糖尿病の注射、痛み止め・湿布)

紹介状・お薬手帳をお持ちの方は、受付にお出し下さい。

スポーツはされていますか？

職業は何をされていますか？(例：塗装業)

今まで入院や手術を受けられたことはありますか？(例：65歳 人工関節の手術)

アレルギーといわれたことはありますか？(例：花粉症)

湿布・塗り薬で皮膚がかぶれますか？

いいえ・はい()

タバコを吸われますか？お酒を飲まれますか？ ※ない方は0(ゼロ)とご記入下さい

紙タバコ/電子タバコ：①吸っている ②禁煙中 ③一度も吸ったことはない

①②の方：1日 本× 年(歳から 歳まで)

お酒： (種類)を1日 mL(量)、週 回、月 回

ご家族で病気の方はおられますか？(例：母 リウマチ)

現在妊娠されていますか？妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい(週)

女性のみ 現在授乳されていますか？ いいえ・はい