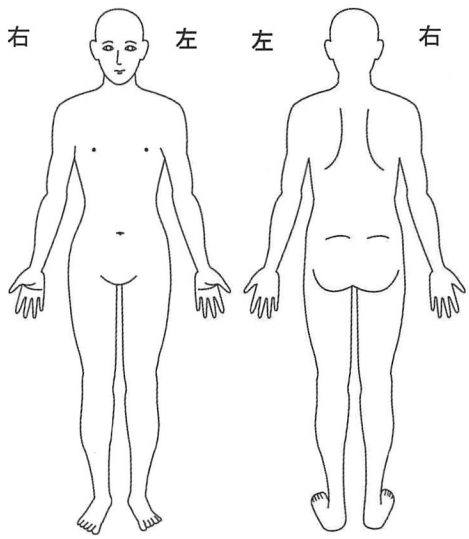
受診される方へ　問診票 ID

＊記入及び問いに対し該当する項目に〇をしてください　　年　　月　　日

ふりがな			性別	身長	cm
氏　名			男 ・ 女	体重	kg
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳）			介護保険 有・無	介護度
住　所	〒　　電話				
職　業		学生・学校名		小・中・高・大・専門	
スポーツはしていますか？		はい ・ いいえ	チーム名		
競技種目			指導者名		

＊診察希望箇所はどこですか？右の図で症状のある部位を〇で囲んでください

下記の問いの□にレ点をつけて下さい



1）どのような症状が有りますか？

□痛い　□しびれる　□動きが悪い　□はれている

□変形　□出血　□その他（　　）

2）いつ頃からですか？

年　　月　　日　＊不明

3）思い当たる原因はありますか？

□ない　　□ある

（　　）

4）今までにかかったことのある病気や受けた手術・現在治療している疾患は有りますか？

□なし　□喘息　□糖尿病　□胃腸疾患　□心臓病　□肺疾患　□肝臓病　□腎臓疾患

□高血圧・高脂血症　□脳血管疾患　□泌尿器疾患　□悪性腫瘍　□感染症　□その他

＊手術名（　　）いつ頃（　　）

5）お薬のアレルギーはありますか？

□なし　　□あり　薬品名（　　）

6）現在飲んでいるお薬はありますか？

□なし　□あり＊現在服薬中のお薬がわかればご記入下さい・お薬手帳をお持ちであればご提示ください

お薬名（　　）

7）女性の方へ妊娠の可能性はありますか？

□なし　　□あり　　□不明

＊問診票に記載していただいた個人情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません

鍋島整形外科