

問 診 票

年 月 日

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 大/昭/平/令 _____ 年 月 日

〒

住所 _____

自宅電話 _____

携帯電話 _____

体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

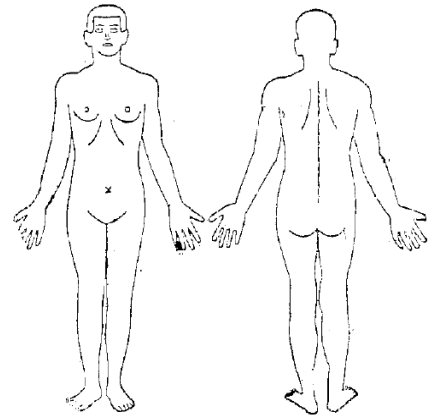
① 今日はどうされましたか ※必ずご記入ください

② いつからどのような症状（状態）ですか

右の絵に○印をつけて下さい

③ どのようなきっかけで起こりましたか

転倒 交通事故 労災事故 スポーツ
その他 (_____)



④ この症状で他の医療機関を受診されましたか

はい (_____)
いいえ

⑤ 現在治療中または今までにかかった病気はありますか

はい (_____)
いいえ

⑥ 何かお薬を飲まれていますか ※お薬手帳がある方はお出しください

はい (_____)
いいえ

⑦ 手術を受けたことがありますか

はい (_____)
いいえ

⑧ アレルギーはありますか

はい (_____)
いいえ

⑨ 介護サービスを利用されていますか はい ・ いいえ

⑩ 飲酒・喫煙はされますか

飲酒 (_____ 本/ _____ 日・ _____ 週) 喫煙 (_____ 本/ _____ 日・ _____ 週)
いいえ

⑪ 女性の方にお聞きします

現在妊娠の可能性はありますか はい (_____ 週目) ・ いいえ

授乳中ですか はい ・ いいえ

*この資料は院内のみで使用します。



なかふじ 整形外科

NAKAFUJI ORTHOPAEDICS