

# 問診表

ふりがな				住所		
名前						
生年月日	大・昭・平	男	職業	TEL	携帯	
	年 月 日 歳	女				

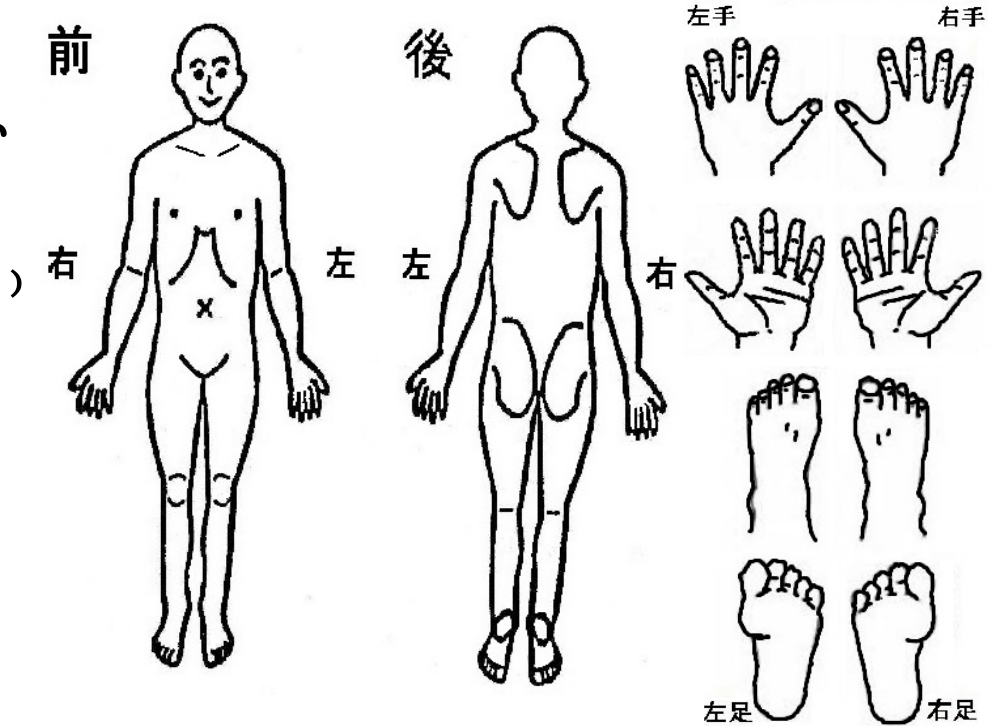
①本日の症状について ※どの部分が図示してください 身長 cm 体重 kg

・どのような症状ですか

痛い しびれる 張る 重い  
腫れてる 変形  
キズ やけど 巻き爪  
犬・猫にかまれた  
その他( )

・いつ頃からですか

・何か心当たりはありますか



②生まれてから現在まで、何か病気やケガはありますか。何もない方は「ない」に○をつけてください。

ない 高血圧 糖尿病 コレステロール 心臓病 不整脈 脳梗塞 脳出血 消化器(潰瘍 ポリープ) 肝臓 腎臓  
甲状腺(バセドウ病) 産婦人科 眼科 耳鼻科 精神神経科 皮膚科 泌尿器 骨折 脱臼 捻挫  
ギックリ腰 交通事故 その他[ ]

③生まれてから今までに、何か手術を受けたことはありますか。

ない ある[ 才 病名・手術名 ]

④現在、飲んでいる薬はありますか。 ※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください

ない ある 薬の名前[ ]

⑤今までに体に合わない薬はありましたか。

ない ある 薬の名前[ ]

⑥嗜好品について。

・タバコ 吸わない 吸う(1日 本) ・お酒 飲まない 飲む 時々

⑦女性の方へ(レントゲンや薬の処方の際に参考にします)

現在、妊娠していますか いない いる( 週) 予定日 年 月 日 わからない

現在、授乳していますか していない している

出産回数( 回) (自然分娩・帝王切開)

ご協力ありがとうございました。

当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。

(医) 鹿山整形外科医院