

問診表

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

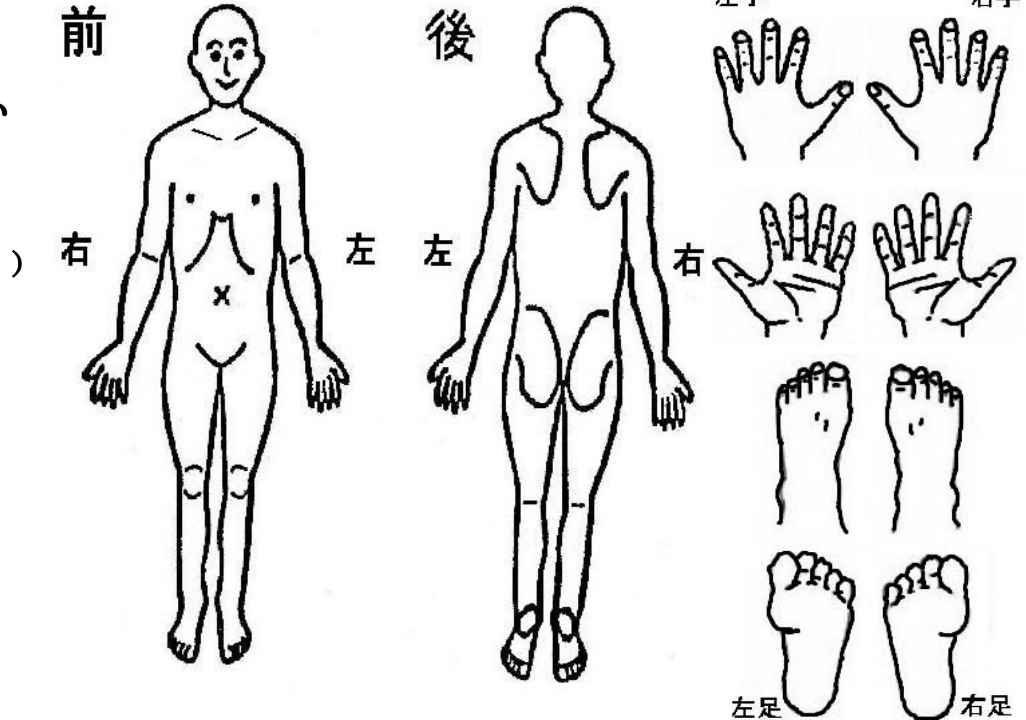
①本日の症状について ※どの部分が図示してください 身長 cm 体重 kg

・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