

問診票

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

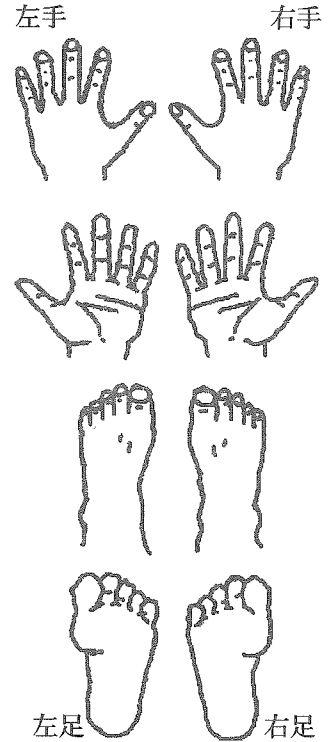
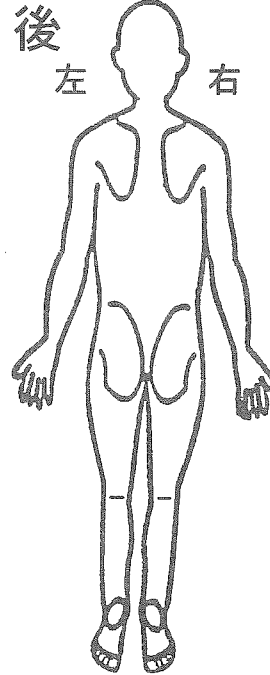
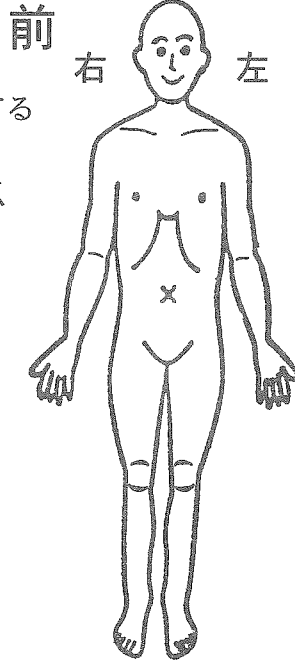
①本日の症状について ※どの部分か図示してください 身長 _____ cm 体重 _____ kg

・どのような症状ですか

痛み しびれ こってる 張ってる
 重い 腫れてる 変形
 動きが悪い キズ やけど 巻爪
 検診(骨密度 運動器 股関節)
 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 呼吸器(肺炎 喘息) 消化器(潰瘍 ポリプ)
 肝臓 腎臓 甲状腺 花粉症 アトピー アレルギー 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介護認定を受けていますか。

受けていない 受けている 介護度()

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 いない いる 出産回数(回) (自然分娩 帝王切開)

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