

問診票

※診察の際、参考にさせていただくものです。当てはまるものには全て記入して下さい。 豊平整形外科

ふりがな		男	生年月日			
氏名	様	女	大	昭	平	年 月 日 (歳)
住所	電話番号()				身長	cm 体重 kg

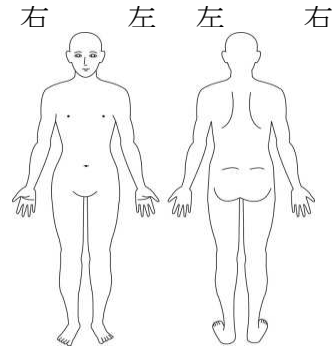
☆付き添いの方がいる場合はご関係をご記入下さい(親 子供 夫妻 兄弟 教員 保母 施設の職員
その他())

☆現在の仕事内容を教えてください(当てはまるものに○をつけてください 複数回答可)

事務職 専門職 技術職 農林漁業 販売 ドライバー 労務作業
運送業 介護職 立ち仕事 無職

*さしつかえなければ具体的に職種をご記入ください()

(1) 今回、症状のある所に○をつけて下さい。



①どのような症状ですか？またどのような時にその症状はありますか？

(痛み しびれ 赤い 腫れてる 動かない 感じが鈍い)

{ }

②それは いつ頃からですか？ ()

(2) 今回の症状で思い当たる原因はありますか？

工作中的のケガ 交通事故
 転倒 特に思い当たらない
 スポーツ()

{ 診断書希望 あり なし }

(3) 今回の症状で治療を受けたことがありますか？ ない ある(医療機関名)

(4) 現在、治療中の病気または過去にした病気・手術があれば○をつけて下さい。

心臓病 肝臓病 腎臓病 肺疾患 脳疾患 喘息 糖尿病 高血圧

なし あり → { その他 }

☆過去にした手術 なし あり → { 心臓ペースメーカー ステント 脳クリップ その他 }

(5) 服用している薬はありますか？ ない ある

お薬手帳があれば、必ず問診票と一緒に提出ください

お薬手帳がない方へ それは何の薬ですか？

{ }

(6) 今まで薬や注射でアレルギーが出たり具合が悪くなったことがありますか？ ない ・ ある()

(7) 下記に当てはまる方は○をつけて下さい。

妊娠中 授乳中 難聴 閉所恐怖症

(8) 今しているスポーツは？

なし あり ()

(8) よろしければ当院を受診された理由に○をつけて下さい。

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| 1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている | 4. 当院を紹介している雑誌・本を見た |
| 2. 家族がかかっている | 5. 当院のホームページを見た |
| 3. 知人に薦められた、または評判を耳にした | 6. 他の病院・医院・施設からの紹介 |

ご協力ありがとうございました。

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます