

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	大: 昭: 平: 令 年 月 日 (歳)
住所	電話番号 ()	身長 cm 体重 kg

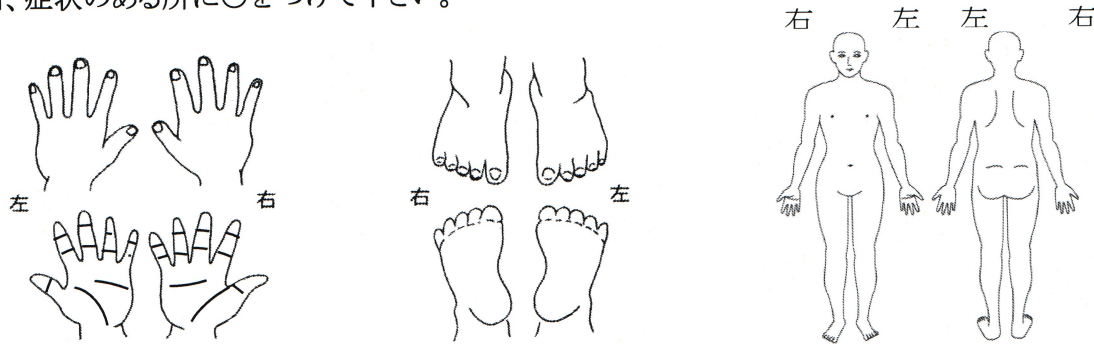
☆付き添いの方がいる場合はご関係をご記入下さい(親 子供 夫妻 兄弟 教員 保母 施設の職員
その他())

☆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 医療職 技術職 営業職 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それはいつ頃から 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) 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tent 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
2. 家族がかかっている
3. 知人に薦められた、または評判を耳にした
4. 当院を紹介している雑誌・本を見た
5. 当院のホームページを見た
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票の個人情報(カルテ)と同様に厳正に管理されます