

# 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

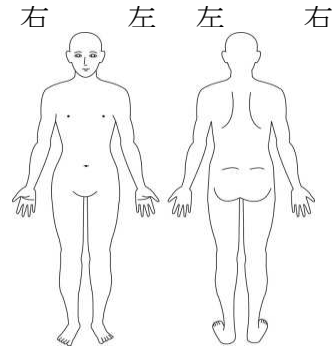
☆付き添いの方がいる場合はご関係をご記入下さい( 親 子供 夫妻 兄弟 教員 保母 施設の職員  
その他( ) )

☆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 心臓ペースメーカー ステント 脳クリップ

なし  あり → { 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ご提出ください

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