

## 問診票

患者 ID: 令和 年 月 日

ふりがな

お名前: 生年月日; 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳 (男・女)

住所: (〒 - )

自宅電話番号: ( ) - 携帯電話番号: ( ) -

Q1. 本日はどうなさいましたか? (当てはまる項目に、チェックを付けてください)

痛い  しびれる  動かすにくい  腫れている  その他  
( )

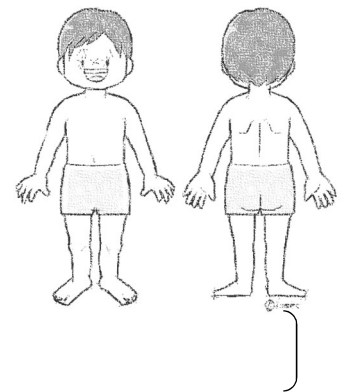
Q2. 症状がある部位を○で囲んで下さい。(右図)

Q3. その症状は、いつ頃からどのように始まりましたか? (何日前? 何か月前?)

交通事故  工作中  スポーツ  その他  特に思い当たらない

(例; 9月1日、サッカーをしていて、右の足首をひねった。)

〔



Q4. 今回の症状について、他の病院・クリニック・接骨院等を受診されましたか?

いいえ  はい ( )

※ 「はい」の方で、紹介状やレントゲンなどのデータをお持ちの方は、受付へご提出ください。

※ 交通事故の方は、裏面に、事故当時の状況(例: 9月1日、高速道路で、バイクを運転中に、自動車と接触して、転んだ)を図とともに書きください。できるだけ詳細に記載をお願いいたします。

Q6. 現在、通院されている病気はありますか?

高血圧  糖尿病  心臓病  脳梗塞  腎臓病  喘息  特になし  その他  
( )

手術歴 ( ) ※ 後ほど、お薬手帳を拝見いたします。

Q7. 薬・食物・金属・ゴムなどのアレルギーはありますか?

いいえ  はい ( )

Q8. 喫煙されますか?  いいえ  はい 飲酒されますか?  いいえ  はいQ9. (女性の方へ) 現在、妊娠されていますか? 現在、授乳されていますか?  いいえ  はい 保険診療で来院ですか? 自賠責・労災で来院ですか?

すがぬま整形外科クリニック