

整形外科／脊髄外科問診票

受診日

紹介状 あり・なし ROM あり・なし

交・労予・通予

フリガナ

氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢 歳 男・女

携帯

住所 (〒 -)

電話

※以下の質問事項にお答え下さい。

- ・当院に受診するのは、初めてですか? はい・いいえ (久しぶりの来院)
- ・当院を何で知りましたか? (インターネット・知人の紹介・看板広告・雑誌)
- ・交通事故ですか? はい・いいえ 受傷日 年 月 日
警察用診断書 要・不要

- ・お仕事中的お怪我ですか? はい・いいえ 会社名
- ・通勤途中のお怪我ですか? はい・いいえ 会社の電話番号

1. 本日はどのような症状で来院されましたか?
(痛い・しびれる・はれ・動きが悪い・おもい・
力が入らない)・その他 ()

*症状のある部位はどこですか? 右図へご記入下さい ⇒
いつごろから症状は出てきましたか?
()

2. 症状が出てきたきっかけ・原因は何ですか?
()

今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください。
() 病院・医院・クリニック

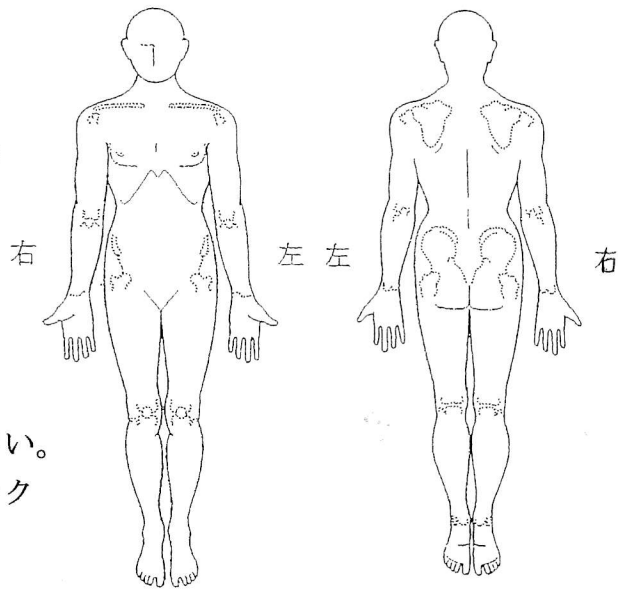
3. 現在治療中の病気があればお答えください。
高血圧・糖尿病・心臓病 (狭心症・不整脈など) 脳卒中
・腎臓病・喘息・胃潰瘍・その他 () 身長 cm / 体重 kg
現在服用中の薬の名前 ()

*お薬手帳・薬の説明書 あり・なし
(お持ちの方は診察時に先生に必ずみせて下さい)

4. 過去に怪我や病気で手術を受けた事がありますか? ペースメーカー装着 あり・なし
病名 (: 年) (: 年)

5. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。
ある: 薬 () 食べ物 () ・ない

女性の方へ : 妊娠している可能性がありますか? はい・いいえ
: 授乳中ですか? はい・いいえ



ご協力ありがとうございました。この問診票の個人情報厳正に保管されます。