

# 問 診 票

受診日 平成 年 月 日

医療法人社団 花川整形外科医院

フリガナ			
氏 名	(男・女)	職 業	世帯主 どなたが お預り
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	生 ( 歳)
住 所	(〒 - )		
電話番号	- -		

以下の質問にお答え下さい。

右 左 右

1. どこが悪いのか、右図に○を付けて下さい。  
部位( )

2. どのような症状ですか。  
①痛い ②しびれる ③重苦しい ④腫れる  
⑤その他( )

3. いつごろから症状がありますか。  
( )

4. 何か思い当たる原因はありますか。  
①転んだ ②交通事故 ③仕事( )  
④特にない ⑤スポーツ( )  
⑥その他( )

5. 現在飲んでいる薬はありますか。 ある ない  
①血圧 ②糖尿病 ③心臓 ④胃  
⑤ペースメーカー ⑥その他( )

6. アレルギーはありますか。 ある ない  
①喘息 ②湿布かぶれ ③薬( )

8. これまでに病気、手術をしたことがありますか。 ある ない  
(病気、手術 )( 年 月ごろ)  
(病気、手術 )( 年 月ごろ)

9. 女性の方のみ必ず御記入下さい。  
現在妊娠していますか はい(妊娠 カ月) いいえ  
授乳中ですか はい いいえ  
閉経しましたか はい( 歳) いいえ

10. 当院をどのように知りましたか。  
①知人の紹介 ②他院の紹介 ③ホームページ ④広告・看板 ⑤その他( )

11. 現在、デイケアを利用していますか。 はい いいえ

