

ID: _____

問 診 票

受診日 令和 年 月 日 医療法人社団 花川整形外科医院

| | | | | | | |
|------|---------|---|-------|------|------|------|
| フリガナ | | | 職業 | | 被保険者 | との続柄 |
| 氏名 | | | (男・女) | | | |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 | 年 | 月 | 日生 | (歳) | |
| 住所 | (〒 -) | | | | | |
| 電話番号 | (自宅) | - | - | (携帯) | - | - |

以下の質問にお答え下さい。

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()
本日お薬手帳をお持ちですか ある ない

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()

7. 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)

8. 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

9. 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()

10. 介護サービス(要介護又は要支援)を受けていますか。 はい いいえ

11. 付き添いの方はいますか はい() いいえ

12. 診断書は必要ですか はい() いいえ

