

お名前
(カタカナ)

整形外科 問診票

* 診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎体重 [. kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。 (詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 _____ 頃から

どのような症状ですか。具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。

--

症状の原因は何ですか。 交通事故 工作中・通勤中のケガ 不明 その他 (_____)

2. 今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

 いいえ はい → 薬剤名: _____ 症状: _____

3. 今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

 いいえ はい →: _____

4. 現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

 いいえ はい →: _____ お薬手帳 あり なし

ここからは成人の方のみご回答下さい

5. 喫煙歴について 喫煙はしない 喫煙をしている。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい) 以前喫煙をしていた。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい)6. 飲酒について 飲酒の習慣はない。 飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に _____ 回くらい)

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。

平成30年10月1日