

田中医院 整形外科 問診票

ID: _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※紹介状・レントゲン・CT・MRI等の画像をお持ちの方は、受付に提出してください。

ふりがな _____

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ (大正・昭和・平成・令和)
年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 電話番号 _____
住所 _____ (自宅) _____ - _____ - _____
_____ (携帯) _____ - _____ - _____

◆どのような症状で来院されましたか？

※症状のある場所に○をつけてください

[_____]

◆その症状はいつからありますか？

[_____]

◆原因やきっかけについて該当するところに○をつけてください
(ケガ・事故・労災(工作中・通勤中)・スポーツ・不明)

[その他: _____]

◆その症状について、他で治療を受けましたか？ (はい・いいえ)

[治療を受けた施設: _____]

◆現在、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

※はいの場合は該当するところに○をつけて、その他は () に記入してください

・高血圧 ・心臓病 ・糖尿病 ・喘息 ・その他 [_____]

◆現在飲んでいるお薬はありますか？ (はい・いいえ)

[お薬の名前等: _____]

※おくすり手帳をお持ちの方は受付に提出してください

◆アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

[薬・食べ物など具体的な品目: _____]

◆これまでに大きな病気やケガ、手術を受けたことがありますか？

※病名や部位・時期など、分かる範囲で記入して下さい (右図にも)

[_____]

◆レントゲン検査は希望されますか？ (はい・いいえ)

◆女性の方で、現在妊娠中または可能性はありますか？

(はい・いいえ) ※はいの場合 (・第____週くらい・未検査)

◆介護保険の認定を受けていますか？ (はい・いいえ)

◆当院でのリハビリテーションを希望されますか？ (はい・いいえ)

※リハビリテーションは医師が必要と判断した場合に利用可能となります

