

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

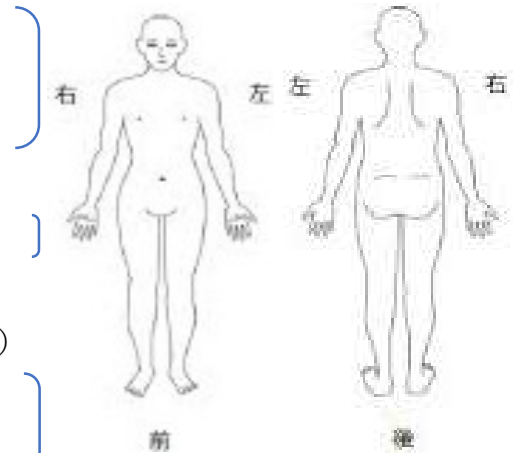
氏名 (男・女) 生年月日 (大正・昭和・平成・令和)
年 月 日

〒 電話番号
(自宅) - -
(携帯) - -
住所

◆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

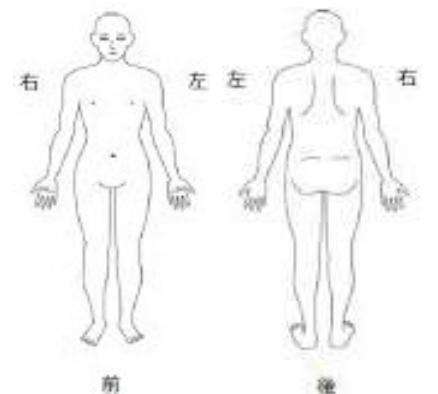
◆アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

[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)