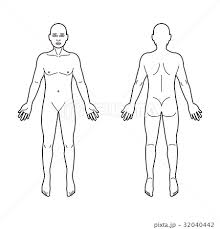
**初診の方にお尋ねします(問診票)**

**ふりがな**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　生年月日　　　　　　年　　　　月　　　日**

**住所 〒 - ,**

**電話番号 ( 　) 　 ―　　　　　　携帯番号　　　　―　　　　　　―**

**身長　　　　　cm　　体重 　 　　kg**

1. **診てほしいところはどこですが。左の図に印をつけてください（複数ある場合痛い順に番号を記してください）。**
2. **どんな症状ですか。**

**痛み　腫れ　しびれ　できもの　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**③ いつからですか**

**月　　　日　ごろから、　　　か月前、　　　　年前**

**④ 考えられる原因はありますか。**

**ない　ある→ある場合、詳しくご記入ください**

**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**⑤ 職業（　　　　　　 ）主婦 無職 学生　その他( )**

**仕事の内容：立ち仕事　事務仕事　重量物扱う　軽作業　その他( )**

**⑥ 現在治療中の病気はありますか。**

**なし　　あり→　糖尿病　ぜんそく　心臓病　高血圧　肝臓病　甲状腺**

**脳血管疾患　アレルギー疾患　その他（　　　　　　　　）**

**⑦ 普段内服している薬はありますか。**

**なし　　あり→　お薬手帳をお見せください。**

**⑧ 今までに大きな病気になったり、手術をうけたりしたことがありますか。**

**なし　　あり→　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**⑨ 消毒薬（アルコール等）・金属・ゴム等でアレルギーはありますか。**

**なし　　あり→　何によるアレルギーでしたか。（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**⑩ 薬剤によるアレルギー等の副作用の経験はありますか。**

**なし　　あり→　何という薬剤によるアレルギーでしたか。（　　　　　　　　　　　）**

**⑪ 女性の方のみご記入ください。**

**妊娠中ですか　いいえ　　はい　（出産予定日　　　年　　　月　　　日）**

**授乳中ですか　いいえ　　はい　（生後　　　か月）**

**ご協力有難うございました。**

**あつたの杜 整形外科スポーツクリニック**