

# 初診の方にお尋ねします(問診票)

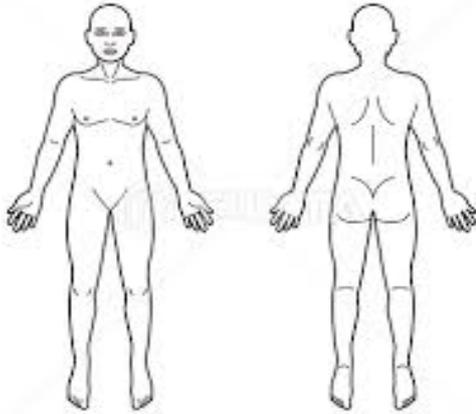
ふりがな

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