

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日（大・昭・平）	学年（職種）
氏名	様		年 月 日 才	
住所	〒	☎		
		携帯☎		
		緊急連絡先	続柄	
<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 労災		介護認定は受けていますか いいえ・はい（ ）		体重（18歳以下） kg

1. どこが具合悪いですか。該当するところに○印を付けてください。
2. どのような症状がありますか。

- 痛い
- しびれている
- 腫れている
- その他（ ）

3. いつからですか。

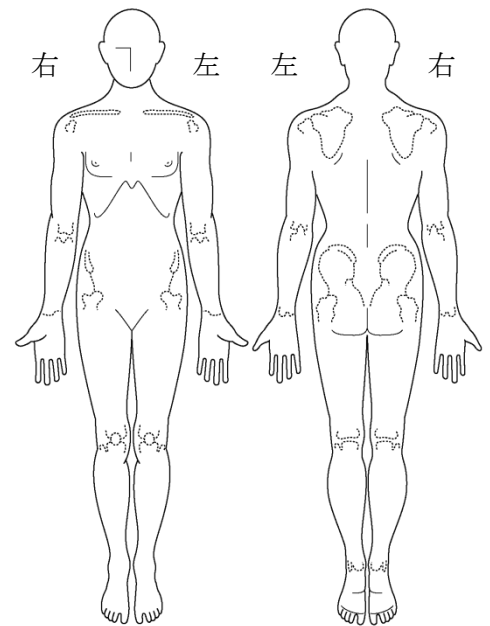
（ ）

4. 原因と思われることはありますか。

いいえ [
はい]

5. 今回の症状でどこかで治療を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい（ 病院名 ）



6. 現在、治療中の病気はありますか。

いいえ ・ はい（ 病院名 ）
喘息（ ） 高血圧症 心臓病 肝臓病 緑内障
糖尿病 高脂血症 腎臓病 胃潰瘍 その他（ ）

7. お薬は飲んでいますか。

※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

いいえ ・ はい（ 内容 ）

8. 今までに手術や大きな病気をしたことがありますか。

いいえ ・ はい（ ）

9. 薬・注射・食べ物などでアレルギーやじんましん・気分が悪くなったことはありますか。

いいえ ・ はい（ 何で / 症状 ）

10. 女性の方へ 現在、妊娠または授乳中ですか。

いいえ ・ はい（ ）

ご記入ありがとうございました。

宮島整形外科クリニック