

問 診 票

(フリガナ)

性別
男
女

(〒

氏名

住所

T・S・H・R

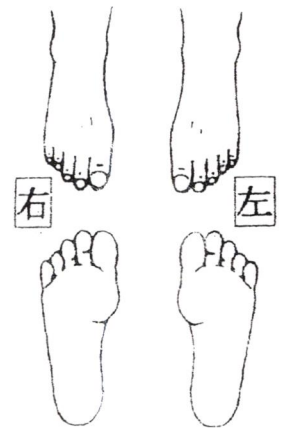
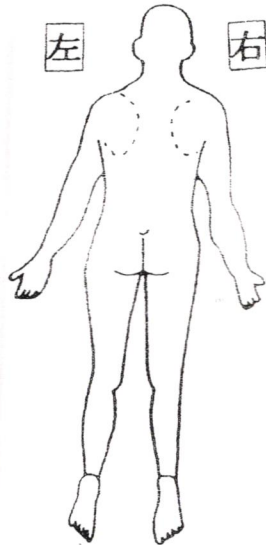
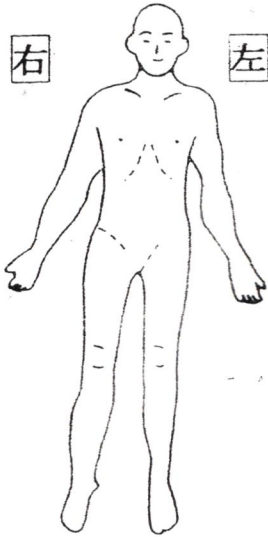
年 月 日生

電話番号 ()

職業

1. どちらの具合が悪いですか？ 症状のある場所を記入し、図に○をつけてください。

腰・膝・首・肩・肘・手・足・その他 ()



2. いつごろから症状がありますか？ 例: 2019年4月1日から(2-3ヶ月前より)

年 月 日から ()

3. どのように具合が悪いですか？ (複数解答可)

痛い・しびれる・腫れている・熱がある・動きが悪い・感覚が鈍い・その他 ()

4. 具合が悪くなった原因はありますか？ (重いものを持って など)

特にない・ある ()

5. 今回の症状で他の病院を受診されましたか？ また、何とされましたか？

ない・ある (病名:)

6. 飲み薬や注射などで副作用が出たことはありますか？

ない・ある (薬剤名:)

症状:)

7. 現在治療中の病気や飲んでいるお薬はありますか？

ない・ある (病名:)

薬剤名:)

8. 他に大きな病気やけがをしたことがありますか？

ない・ある (病名:)

いつ頃:)

9. 女性の方におたずねします。現在、妊娠していますか？ はい・いいえ・可能性がある

ご協力ありがとうございました。

【たかもり整形外科】