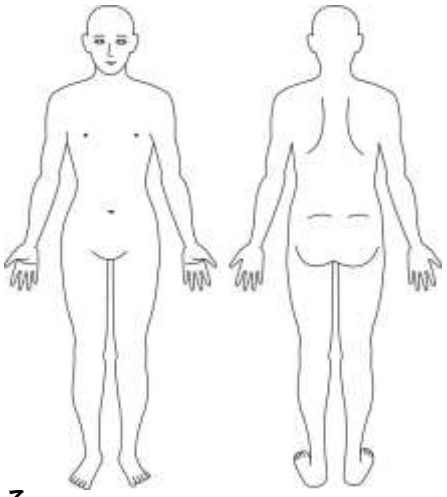
問診票

令和　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日 M・T・S・H・R　　年　月　日（　　）才	
お名前				
住所	〒			
電話		携帯		
勤務先名称			電話	

1、どこが悪いですか（身体の悪い部分に〇をつけて下さい）



①どんなふうに悪いのですか

痛い・しびれる・おもい・こる・つっぱる・腫れている・動きが悪い

その他（　　）

②いつからですか

（　　月　　日）（　　日くらい前から）

③原因はありますか

わからない・仕事中・通勤中（労災　保険）・交通事故

スポーツ中（　　）その他（　　）

④それについて治療・手術を受けたことがありますか　　ない・ある

⑤紹介状・画像はお持ちですか　　はい・いいえ

身長　　cm　体重　　kg

2、現在、何かスポーツをしていますか

いいえ・はい（種目：　　頻度：　　）

3、今までにどんな病気をしましたか　　ない・ある

心臓病・肝臓病・腎臓疾患・肺疾患・脳疾患・糖尿病・高血圧・喘息

その他（　　）

4、現在他の病気で通院していますか　　していない・している

5、現在飲んでいる薬がありますか　　ない・ある

6、①薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか　　ない・ある

ある場合⇒それはどんな薬・食べ物ですか（　　）

②貼り薬や塗り薬でかぶれたことがありますか　　ない・ある

7、少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか　　ない・ある

8、いままでに局所麻酔をしたことがありますか（歯の治療など）　　ない・ある

9、女性の方に、現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか　　いいえ・はい

西早稲田整形外科