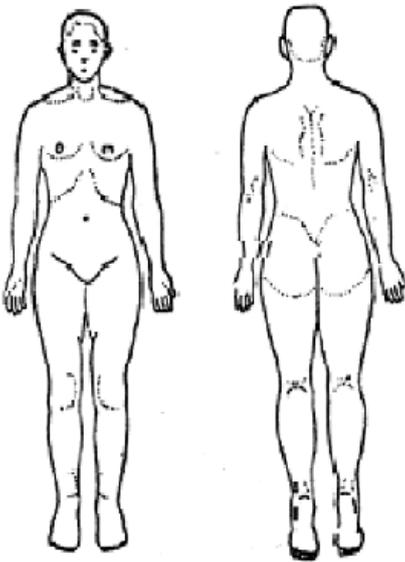


問診表

ふりがな	性別	男性	・	女性
お名前	年齢	歳	体重	kg
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
現住所	〒			
電話番号	()	携帯番号		

交通事故の方・お仕事中的お怪我の患者様は受付に声をお掛けください



■今日はどうなさいましたか？

具合の悪い箇所を左図に示してください。

いつごろからですか？

なにか原因はありますか？

スポーツが原因の場合、種目や受傷状況を具体的にお書き下さい。

■今回の症状に対してどこかで治療を受けましたか

いいえ ・ はい ()

どこで ()

治療内容 ()

■治療中を含め、今までにかかった病気や手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい ()

■抜歯、けがなどで麻酔をして、気分が悪くなったことがありますか？

いいえ ・ はい ()

■ペースメーカーを付けていますか？

いいえ ・ はい

■薬や食べ物でアレルギーや副作用を起こしたことはありますか？

いいえ ・ はい 薬・食べ物名：

■現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい

■胃腸が特に弱いですか？

いいえ ・ はい ()

■女性の方妊娠をしている可能性はありますか？

いいえ ・ はい (妊娠 ヶ月)

ご記入ありがとうございました。終わりましたら、受付にお出してください。

北小岩整形外科