

問 診 票

ID

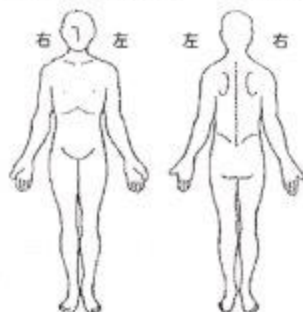
ふりがな	氏名 男・女	生年月日
住所 〒		大・昭・平・令 年 月 日 (才)
自宅番号	携帯電話 (未成年の方は保護者の番号をお願いします)	続柄 ()
身長 cm	体重 kg	

■本日ご来院されたきっかけ・目的などについて該当事項にご記入ください。

- ①交通事故 ②スポーツ外傷 () ③仕事中的事故【労災 (使用 / 不使用)】
④手術などの相談 ⑤その他 ()

■いつ頃からどのような症状がありますか？

- 年 月 日 から
①痛み ②しびれ ③腫れている
④重苦しい ⑤その他



【症状】

■この症状で現在あるいは以前に治療をうけたことがありますか？

(はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方へ

病名

病院名

治療法

■今までにかかった病気または現在治療されている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 胃潰瘍

腎臓病 脳疾患 その他 ()

「はい」とお答えの方へ

病名 ()

病院名 ()

■今までに手術をうけたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

年

月

年

月

■現在、内服中のお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

お薬手帳はお持ちですか？ (はい ・ いいえ ・ 手帳忘れ)

薬の名前 ()

■薬物・食物アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

薬・食べ物の名前 ()

■該当される女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)

裏面のアンケートにご記入ご協力頂きますようよろしくお願い致します。

ご協力ありがとうございました。順番がきましたら呼びいたしますので待合室でお待ちください。



アンケートにご協力ください

十勝整形外科クリニックをどのようにして知りましたか？

- 新聞広告を見て
- 知人・家族からの紹介
- 家または職場が近所なので
- インターネット・ホームページを見て
- 電話帳を見て
- 看板を見て
- 病院からの紹介
- その他 ()

ご協力ありがとうございました。