

戸田なかに整形外科

問診票

記載日

年

月

日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S H・R 年 月 日 (歳)
住所	〒		身長 cm , 体重 kg
	TEL		介護認定 なし・あり (要支援・要介護)

①(女性のみ)妊娠中ですか？
もしくは授乳中ですか？

いいえ はい(月) 授乳中

症状のある部位に
○をつけてください

②本日はどうされましたか？

[]

③いつごろから症状がありますか？

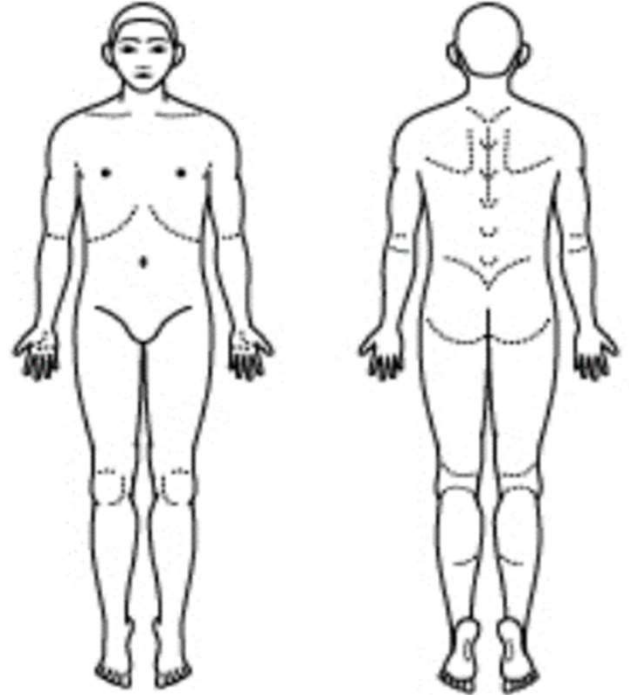
[]

④思い当たる原因はありますか？

仕事中 スポーツ けが
交通事故 特に原因なし
その他 []

⑤今回の症状で、他の診療所・病院を受診されましたか？

いいえ はい()



⑥過去に治療したことのある病気や、現在治療中の病気がありますか？

なし

高血圧 糖尿病 心臓病(不整脈・狭心症・心筋こうそく・他) ぜんそく
脳こうそく・脳出血 胃かいよう・胃炎・逆流性食道炎 腎臓病・透析中
肝臓病 高脂血症 花粉症 その他()

※1 普段飲んでいるお薬やお薬手帳があれば職員へお声かけください。

※2 ペースメーカーを埋入していれば職員へお声かけください。

⑦お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

なし(不明) あり()

⑧手術を受けたことがありますか？

なし あり()

⑨当院をお知りになったきっかけは何でしょうか？

ホームページ ・ 紹介 (家族 ・ 友人 ・ 医療機関)
チラシ ・ 看板 ・ 通りがかり ・ SNS ・ その他 ()