

問診票

西暦 年 月 日記入

住所 フリガナ 氏名 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 年齢 才	郵便番号 ー 電話 () ー お仕事 スポーツ 身長 体重
---	--------------------------------------

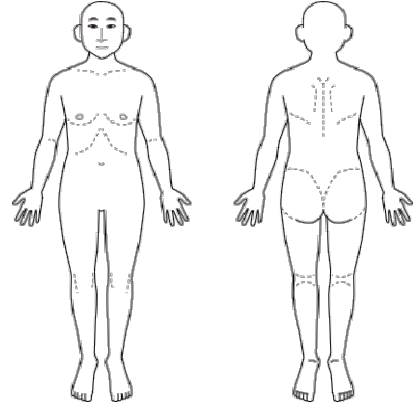
① 当院を何で知りましたか？

- a 院長に診てもらったことがある。() 病院
 b 他院からの紹介 () 病院
 c 家族 知人からの紹介 () さん
 d HP を見た e 近所の為 f その他

② 右の図でお困りの部位に○を付けてください。

○を付けたところはどれにあてはまりますか

- a 痛い b はれている
 c 動きにくい d 感じがにぶい
 e しびれる f その他



③ それはいつごろからですか

- a 生まれつき b 年 月 日から、
 または約 () 日前
 または約 () 週前 または約 () 月前

④ 原因と思われることはありますか？

⑤ この病気のために他の整形外科・整骨院で診てもらったことがありますか？

- a ない b ある 整形外科/接骨院の名前 ()

⑥ この病気以外に何か病気がありますか？

- いままでに a ない b ある (病名 手術歴)
 現在 a ない b ある (病名)
 現在飲んでいる薬は a ない b ある (お薬名)

⑦ 現在通院中の医院がありますか？

- なし 内科 外科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 耳鼻科 眼科 産婦人科 精神科

⑧ のむと具合の悪くなる薬（アレルギー、過敏症、じんましん）がありますか？

- a ない b ある (痛み止め 抗生物質 その他)

⑨ 妊娠について

- a 妊娠していない b 妊娠中 (週) c 妊娠の可能性がある d 授乳中

⑩ 体の中に金属・異物・入れ墨がありませんか

- a ない b ある (具体的に)

⑪ 介護保険認定を受けていますか？

- a はい b いいえ 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)



ご協力ありがとうございました。



医療法人大会 AZUMA ORTHOPEDIC CLINIC

あずま整形外科リハビリテーションクリニック