

問診表

カルテNo.

記入年月日

年

月

日

フリガナ				男 ・ 女	身長：	cm
氏名	様				体重：	kg
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生	才	
住所	〒 —					
電話	自宅	()	—	携帯	—	—

★診療上大切なことです。わかる範囲で記入してください。

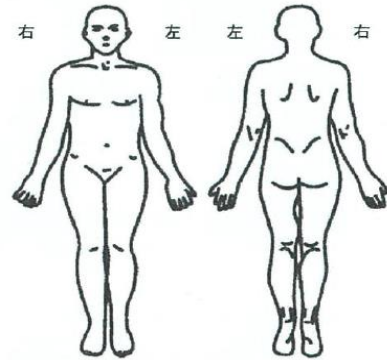
1) 今日どのような症状で受診されましたか？

2) その症状はいつ頃から始まりましたか？

3) そうなった原因はありますか？

【お怪我の方】

- お工作中的の怪我ですか。 (はい ・ いいえ)
 - 交通事故での怪我ですか。 (はい ・ いいえ)
- (いつ 年 月 日)



症状のある部位に○印をつけてください

4) 現在治療中の病気はありますか？

- ない ある → 高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病
脳梗塞 その他 ()

5) 今までにかかった病気や手術を受けられたことはありますか？

- ない ある → 病気や手術名・・・ ()

6) 現在服用している薬はありますか？ *お薬手帳をお持ちの方は受付へお出しください。

- ない ある → どのような薬ですか・・・ ()

7) 注射や飲み薬でアレルギー反応(気分不良、発疹など)を起こしたことはありますか？

- ない ある → 発疹 気分不良 かゆみ ショック その他 ()
どのような薬ですか・・・ ()

8) 生活習慣と痛みの発症や持続には関連があるといわれています。

- ①現在の仕事をご記入ください：力仕事 車によく乗る 事務(デスクワーク) 立ち仕事
その他 ()

9) 骨粗鬆症の精密検査をご希望されますか？

- いいえ はい

10) 女性の方にお聞きいたします。現在妊娠していますか？

- いいえ 妊娠中 (月) 妊娠の可能性はある 授乳中

11) 当院を何で知りましたか？

- クリニックの前を通りかかって ホームページ 紹介(紹介者：)
家族や親戚の受診歴がある(お名前：)

12) 介護保険の認定を受けていますか？ はい いいえ

- 介護サービス(ホームヘルパー・デイサービスなど)を何か受けていますか？ はい いいえ

しおみ整形外科 痛み・関節クリニック