☐ スキャン　☐ X-P指示

問診票

年　月　日　ご来院分

受付番号：

フリガナ		生年月日	年齢	性別	身長	体重
氏名		大 平 昭 令　年　月　日	歳	男・女	cm	kg
住所	〒		自宅☎			
			携帯			

1

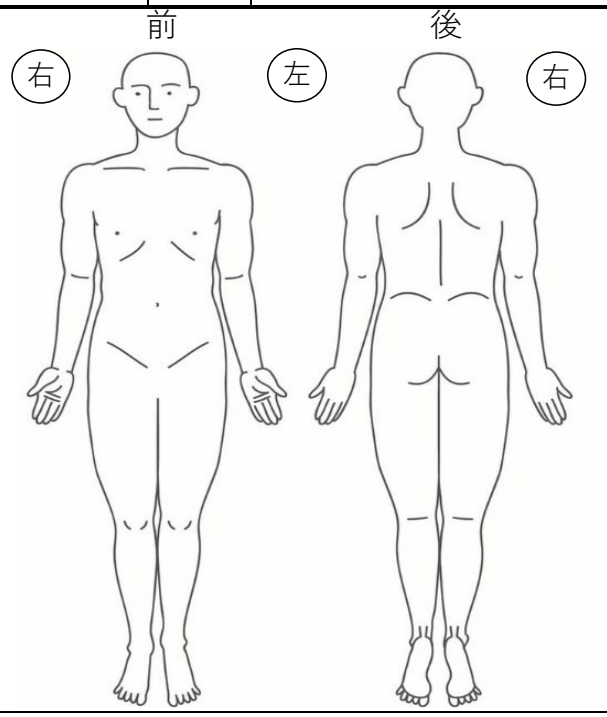
どのような**症状**で来院されましたか？

☐ 痛い　☐ 痺れる

☐ 腫れている　☐ 動きが悪い

☐ その他（　　）

＊具合の悪いところに　〇をつけてください →



2

その症状は**いつ頃**からですか？

年　月　日　頃

☐ 不明

3

原因と思われることは何ですか？

☐ 転倒　☐ 仕事中(労災予定)　☐ 通勤中

☐ スポーツ（種目：　　）

☐ その他（　　）

状況を出来るだけ、詳しくご記入下さい。

4

今回の症状で**他の医療機関を受診**しましたか？

☐ はい　病院名：　　病名：

☐ いいえ

5

現在**治療中**、または今までにか**かったことのある病気**にチェックしてください

☐ 心臓疾患　☐ 腎臓疾患　☐ 肝臓疾患　☐ 脳血管疾患　☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 痛風

☐ リウマチ　☐ 胃潰瘍　☐ ぜんそく　☐ その他　（　　）

＊体内に金属類は入っていますか？ある場合は以下にチェックをしてください

☐ いいえ　☐ はい　（　　）

6

現在、**服薬中の薬**はありますか？　＊お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

☐ はい　薬剤名：

☐ いいえ

7

薬のアレルギーはありますか？

☐ はい　薬剤名：

☐ いいえ

8

◆女性の方のみご記入ください

現在、妊娠もしくは授乳中ですか？

☐ いいえ　☐ 妊娠中　☐ 授乳中

9

◆40歳以上の方はご記入してください

介護保険の認定を受けていますか？

☐ いいえ　☐ 受けている　要支援：１・２　要介護：１・２・３・４・５

ご利用している施設をご記入ください

（　　）

10

何か**ご要望**や**気になる点**がありましたらご記入ください

＊初診の方や新たな症状でご来院の方は診察までに１～２時間程かかることがございます。

医療法人　柏愛会　林整形外科医院