

# 問 診 表

山村整形外科

氏名	大正・明治・昭和・平成・令和	年	月	日	( 歳)
携帯番号	自宅				
職業	住所〒				

※紹介状・レントゲン・CT等、検診の結果をお持ちの方はこの用紙と一緒に受付にお出してください。

1. どのような症状で来院されましたか？

- 痛い    しびれる    腫れ    動きにくい    その他( )

2. いつ頃から症状は出てきましたか？

- 今日            昨日             ( ) 日前             ( ) 週間前     ( ) ヶ月前  
 ( ) 年前         ( 年 月 日)         わからない

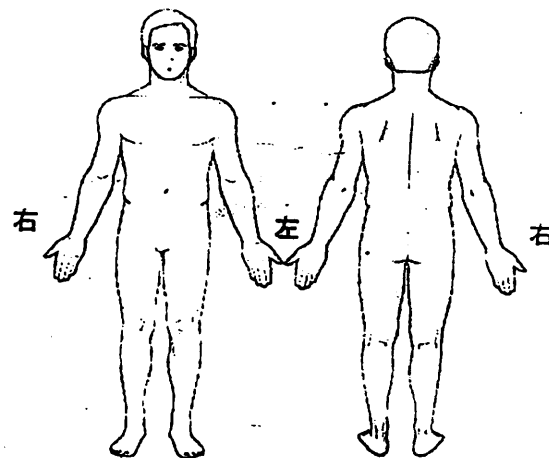
3. 症状のある部位を右の図の○で示して下さい。

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

- 特に原因なし  
交通事故    スポーツ( )    仕事中    その他

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

- 受診していない  
病・医院    接骨院・マッサージ院  
(治療内容) 投薬    注射    物理療法  
(検査)    レントゲン    MRI検査



6. 現在治療中の病気があればお答え下さい

- 治療中の病気はない  
高血圧    糖尿病    心臓病    脳梗塞    腎臓病  
喘息    胃潰瘍    その他( )



7. 過去にけがや病気で手術を受けた事がありますか？

- 特になし  
ある 手術名( ) : ( ) 年) 手術名( ) : ( ) 年)

8. 現在、内服している薬がある場合はご記入下さい。

- なし    ある( )

※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

9. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし  
ある 薬( ) ・ 食べ物( )

10. 喘息・蕁麻疹等のアレルギー

- なし    ある

11. 女性の方のみお答え下さい。

- 妊娠中ですか？    はい    いいえ                    授乳中ですか？    はい    いいえ

下記の検査や治療についてご要望は、欄にチェックして下さい。

MRI検査    骨密度検査    脈派図検査    レントゲン  
注射        関節痛などの注射    リハビリ