

問診表

山村整形外科

ふりがな	
氏名	西暦 年 月 日 (歳)
自宅電話番号	携帯番号
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？

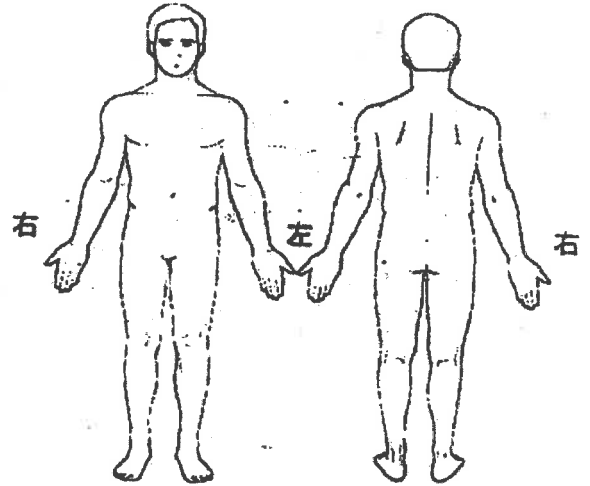
今日 昨日 () 日前 () 週間前 () ヶ月前
 () 年前 () 年 月 日 わからない

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() 工作中 その他

↳ 診断書 必要 不要



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。

お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。お薬手帳をお出し下さい。

なし ある()

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があればご記入下さい。

喘息 蕁麻疹

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。			
<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> 骨密度検査	<input type="checkbox"/> 脈派図検査	<input type="checkbox"/> レントゲン
<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> 関節痛などの注射	<input type="checkbox"/> リハビリ	