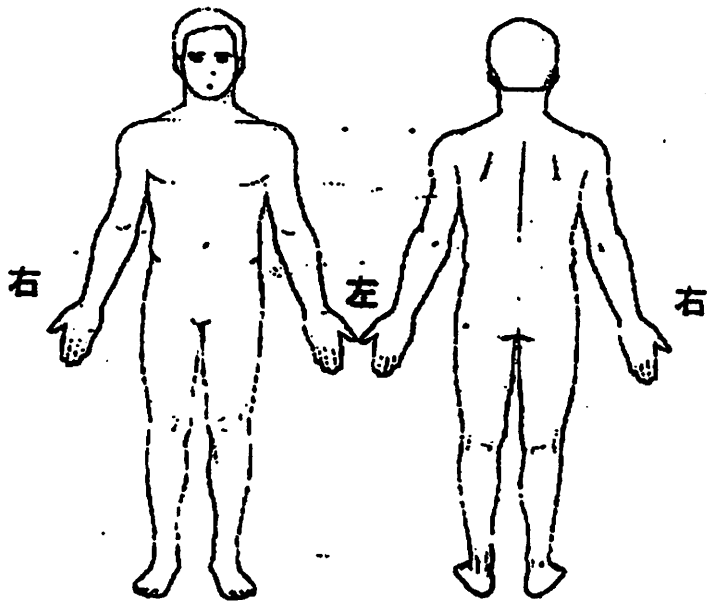
問 診 表

山村整形外科

ふりがな	
氏名	職業
電話番号　自宅☎	携帯☎

1. どのような症状で来院されましたか？
□痛み　□しびれ　□腫れ　□動きにくい
□その他（　　）

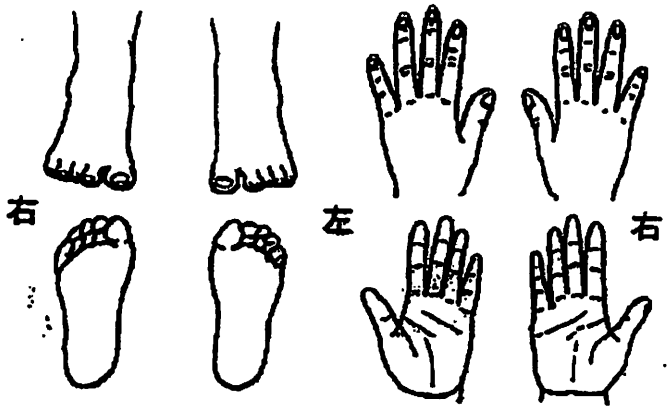
2. 症状のある部位を右の図の○で示して下さい。



3. いつ頃から症状は出てきましたか？
□今日　□昨日
□その他（　　）

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？
□原因なし
□スポーツ（　　）
□仕事中
□交通事故 ⇒　診断書 □ 必要　□ 不要
□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？
□なし
□ある　手術名（　　）

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（　　）
□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。
□MRI検査　□レントゲン　□骨密度検査
□注射　□薬　□リハビリ

R08.1