

# 問診票

ふりがな \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

この問診票は病気を知るために大切です。ご記入に協力をお願いします。

本日はどうなさいましたか。

1. いつ頃から症状がありますか？

.....  
2. 具合の悪いところはどこですか？右記に印をつけて下さい。  
(例：腰・首・肩など)

.....  
3. どういうときに症状が出ますか？(例：歩いた時、寝ている時など)

.....  
4. どのような症状ですか？(例：ズキズキ痛い・ジンジンしびれるなど)

.....  
5. アレルギーはありますか。

ある 薬物・・・ ( )  
食べ物・・・ ( )  
なし その他・・・ ( )

6. 今までかかった病気がありましたらご記入ください。

( ) 歳頃	病名・・・	手術・・・	した	・	しない
( ) 歳頃	病名・・・	手術・・・	した	・	しない
( ) 歳頃	病名・・・	手術・・・	した	・	しない

7. 現在飲んでいるお薬はありますか。わかる範囲でご記入ください。(お薬手帳がある方はご提出をお願いします。)

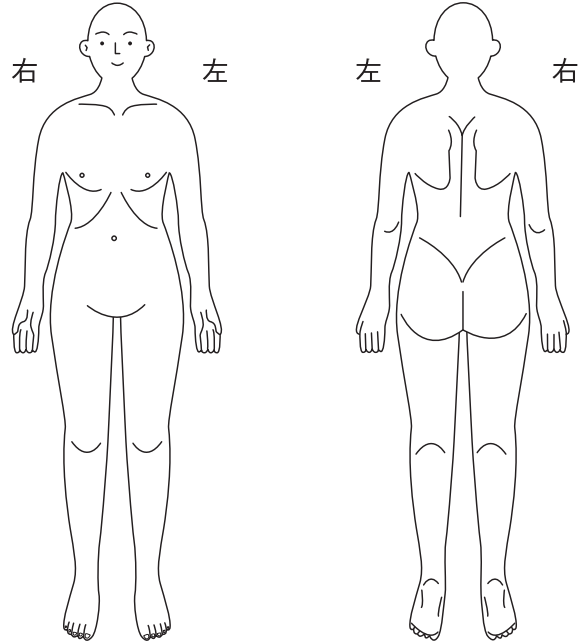
ある・なし あると答えたかたはご記入ください(薬品名 \_\_\_\_\_ )

8. 女性の方へ：妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか。○印またはご記入ください。

はい いいえ

9. 何を見てご来院されましたか？

( \_\_\_\_\_ )



ご協力ありがとうございました



なかざわ整形外科クリニック