

ID _____

問 診 表

介護保険 あり・なし

フリガナ				性別	男・女	職業		
氏名	様							
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	体重	kg	
住所	〒 _____				電話番号	()		

※ 女性の方にお尋ねします 現在妊娠中・授乳中ですか

 妊娠していない 妊娠している (ヶ月) 授乳中 (ヶ月)

● 本日はどうなさいましたか

部位	いつから	どのような症状ですか？その症状の原因はありますか？
		痛む・腫れ・しびれ・動きが悪い 他:
●リハビリを希望されますか <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 必要なら希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		

● 今までに大きな病気をしたことがありますか

 心臓疾患 ペースメーカー 透析
 糖尿病 喘息 高血圧 脳梗塞 胃潰瘍
 緑内障 肝炎 熱性けいれん 前立腺肥大
 その他に大きな病気・手術の経験はありますか 病名・治療内容 ()
● アレルギーはありますか なし あり
 薬(薬品名:) 食品() 花粉症

● 現在服用されているお薬はありますか お薬手帳を受付に提示して下さい

 なし あり()
● 鎮痛剤を飲むと胃腸の具合が悪くなりますか いいえ はい

● 当院を知ったきっかけはなんですか(複数可)

 知人の紹介(紹介者:) 当院のホームページ(パソコン・携帯電話)
 タウンページ ご自宅・職場から近い 通り沿いにある病院なので 道路看板
 その他()

★ご記入が済みましたら、受付にお願いいたします。ご協力ありがとうございました。★
 のかおい整形外科