

問 診 表

マイナンバーカード 受付	あり・なし
介護保険サービス利用	あり・なし

ID _____

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 希望する 必要なら希望する 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 いいえ はい

- 心臓疾患 ペースメーカー 透析 ストーマ
- 糖尿病 喘息 高血圧 脳梗塞 胃潰瘍 高脂血症
- 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：) ご自宅・職場から近い 道路看板
- 当院のホームページ (パソコン・携帯電話) 通り沿いにある病院なので
- 当院のインスタグラム 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