

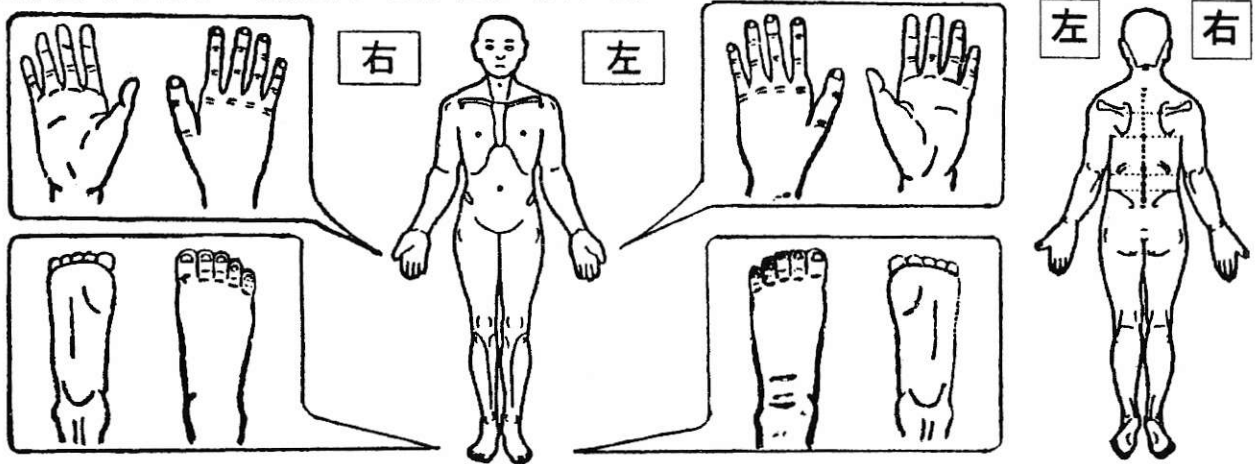
問 診 票		受付日 令和 年 月 日		
フリガナ				年 齢
氏名				歳
職種		身長	cm	体重
				kg

1) いつ頃から。

本日 ・ 昨日 ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () ヶ月前 ・ その他 ()

2) 何かきっかけはありましたか。

3) どの部位ですか。(該当する部位に○印を)



4) どのような症状がありますか。

痛み ・ しびれ ・ 腫れ ・ 出血 ・ その他 ()

5) 今回の病気, ケガで他の病院で診てもらったことがありますか。

いいえ ・ はい → _____ 病院 ・ 医院

6) 薬・注射・食品・金属などでアレルギーが起きたことはありますか。

いいえ ・ はい → _____

7) 今までにかかった病気はありますか。

いいえ ・ はい → 喘息 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 心臓病
糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ 腎臓病 ・ 肝炎 (A型 ・ B型 ・ C型)
甲状腺病 ・ その他 ()

8) 今までに受けた手術はありますか。

いいえ ・ はい → _____

9) 今飲んでるお薬はありますか。

いいえ ・ はい → お薬の名前はなんですか

_____ どのでもらっていますか。

_____ 病院 ・ 医院

10) (女性のみ回答) 現在妊娠の可能性はありますか。(レントゲン撮影のため)

いいえ ・ はい

【吉本整形外科・外科病院】