

田中医院 整形外科 問診票

ID: 令和 年 月 日

※お薬手帳・紹介状・レントゲン・画像CDなどをお持ちの方は、受付に提出してください。

ふりがな

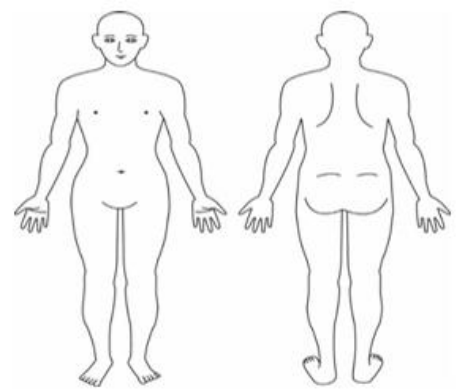
氏名 (男・女) 生年月日 (大正・昭和・平成・令和)
年 月 日

〒 電話番号
住所 (自宅) - -
(携帯) - -

◆今日は、どのような症状で来院されましたか？

※症状のある場所に○をつけてください

[]



◆いつから、そのような症状がありましたか？

[]

◆原因やきっかけについて該当するところに○をつけてください

(ケガ・事故・労災(工作中・通勤中)・スポーツ・不明)

[詳しい状況:]

◆その症状について、他で治療を受けましたか？(はい・いいえ)

[治療を受けた施設と治療内容:]

◆現在、治療中の病気はありますか？(はい・いいえ)

[・高血圧 ・糖尿病 ・その他:]
[・心臓病 ・喘息]

◆現在飲んでいるお薬はありますか？(はい・いいえ)

[お薬の名前等:]

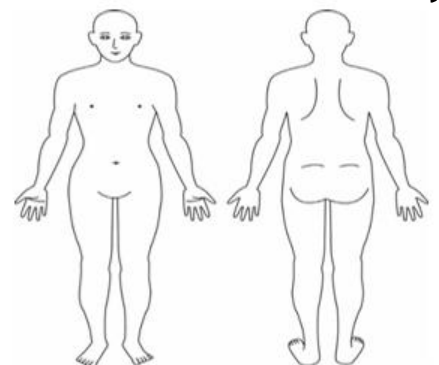
◆アレルギーはありますか？(はい・いいえ)

[薬・食べ物など具体的な品目:]

◆これまでに大きな病気やケガ、手術を受けたことがありますか？

※病名や部位・時期など、分かる範囲で記入して下さい(右図にも)

[]



◆女性の方で、現在妊娠中または可能性はありますか？

(はい・いいえ) ※はいの場合 (・第__週くらい・未検査)

◆介護保険の認定を受けていますか？(はい・いいえ)

介護保険の認定状況: 要介護【 1 2 】 要支援【 1 2 3 4 5 】 【 不明 】