

問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏名	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
〒 住所	TEL ()				

●身長 cm ●体重 kg ●職業 (重労働・軽作業・立ち仕事)

●スポーツ歴 (年)

※複数ある場合は最も辛い症状をお書き下さい

本日、診察を受けたいところを **右の図** に○で囲んでください。

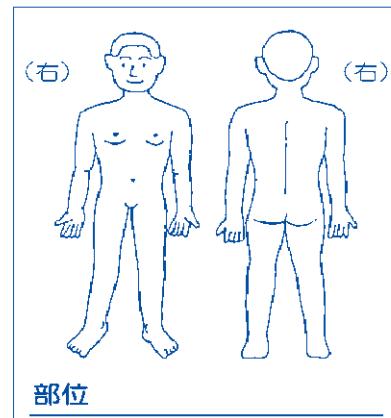
①. 症状を、○で囲んでください。

- ・痛む（強い・にぶい・軽い）
- ・はれている
- ・しびれている
- ・その他 ()

②. 原因はなんですか？わかれればお書きください。

③. その症状はいつからですか？

年 月 日頃から



④. 薬や注射によるアレルギー（過敏症）はありますか？

- ない・わからない
- ある（薬剤名 ()）

⑤. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？

- 糖尿病・高血圧・ぜんそく・その他 ()
- ない

⑥. 現在、飲んでいる薬はありますか？

- ない・ある
- ※あると答えた方でお薬手帳を持っている方は受付にお出しください。

⑦. 《女性の方へ》現在、妊娠していますか？

- していない・可能性がある・している (カ月) ・授乳中

⑧. 診療や治療を受ける上で、希望されることがありますか？(例：注射はイヤ/診断書希望)

※「個人情報保護法」に基づき適切に管理し、医療目的のみに利用させて頂きます

 医療 法人 豊田整形外科