

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

医事課記入欄：

--

整形外科 問診票

◎体重 [. kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1.今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名： _____ 症状： _____

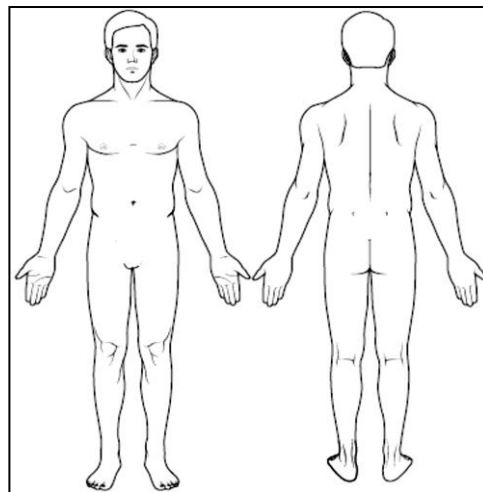
2.いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 _____ 頃から

どのような症状ですか。簡潔にご記入をお願い致します。

※下記の図の該当部位に○をつけて下さい

--



症状の原因は何ですか。

交通事故 仕事中・通勤中のケガ 不明

その他（ _____ ）

※交通事故が原因の方にお聞き致します。

交通事故書類作成の為、平日の常勤医師の診察を受診していただく必要がある場合がございます。ご了承いただけますか。

いいえ はい

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ はい → : _____

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい → : _____ お薬手帳 あり なし

5.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

ここからは成人の方のみご回答下さい

6.喫煙歴について 喫煙はしない

喫煙をしている。（ 1日 _____ 本 _____ 年間くらい）

以前喫煙をしていた。（ 1日 _____ 本 _____ 年間くらい）

7.飲酒について 飲酒の習慣はない。

飲酒の習慣がある。（頻度 ほぼ毎日 週に _____ 回くらい）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。