

問 診 票

より良い診察を行うためにできるだけ詳しくご記入ください。本目的以外に利用いたしませんこととお約束致します。 千葉子どもととなの整形外科

フリガナ	男	昭和・平成・〔 〕	年	月	日生〔 〕	才
名前	・	職業・学校名	自宅電話	—	—	
	女		携帯電話	—	—	
現住所 下			緊急連絡先 ※ご本人様以外のご記入をお願いします。			
			続柄	—	—	
身長	cm	体重	kg	体温	℃	

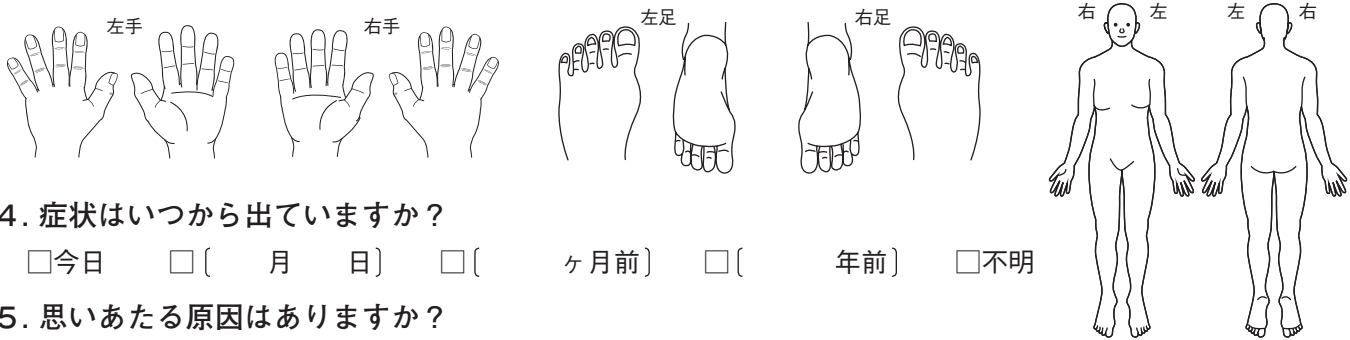
1. どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる 腫れている その他〔 〕

2. どのようなときに症状がありますか？

〔 〕

3. 症状のある部位に○を付けてください。（複数ある場合は症状の強い順に番号を付けてください）



4. 症状はいつから出ていますか？

今日 〔 月 日〕 〔 〕ヶ月前 〔 〕年前 不明

5. 思い当たる原因はありますか？

仕事・通勤（労災使用）〔受傷日： 診断書： なし あり→ 提出先： 〕

交通事故〔事故日： 診断書： なし あり→ 提出先： 〕

学校&幼稚園&保育園・通学通園〔学校保険使用 なし あり 会計時に相談〕

その他 不明

★状況を詳しくご記入ください

6. 今回の症状に対して他の医療機関にかかりましたか？

いいえ はい→〔医療機関名： 〕
〔紹介状： なし あり ・ 画像データ： なし あり〕

7. 現在使用している薬はありますか？

いいえ はい→薬手帳 あり→診察時にご提示ください（記入不要）

なし 忘れ 〕〔薬の名前または種類： 〕

8. 現在治療中、又は過去にかかった病気をご記入ください。

いいえ はい→〔糖尿病 高血圧 高脂血症 心疾患 胃腸疾患 肝疾患 腎疾患 〕
〔その他： 〕

9. 過去に手術を受けたり、骨折をしたことがありますか？

いいえ はい→〔病名： 年 月頃 治療中 治癒〕

10. 過去に薬や注射、麻酔、食べ物でアレルギー症状を起こした事がありますか？

いいえ はい→〔種類： 症状： 〕

11. 65才以上の方 介護保険をご利用ですか？ いいえ はい 申請中

本日介護保険証の原本はお持ちですか？ いいえ はい→ご提示ください

※リハビリに関連がある為、ご利用の有無に関わらず月に1度原本を確認致します。

12. 女性の方 授乳中 妊娠中〔 〕週 妊娠の可能性あり 妊娠していない