

# 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。

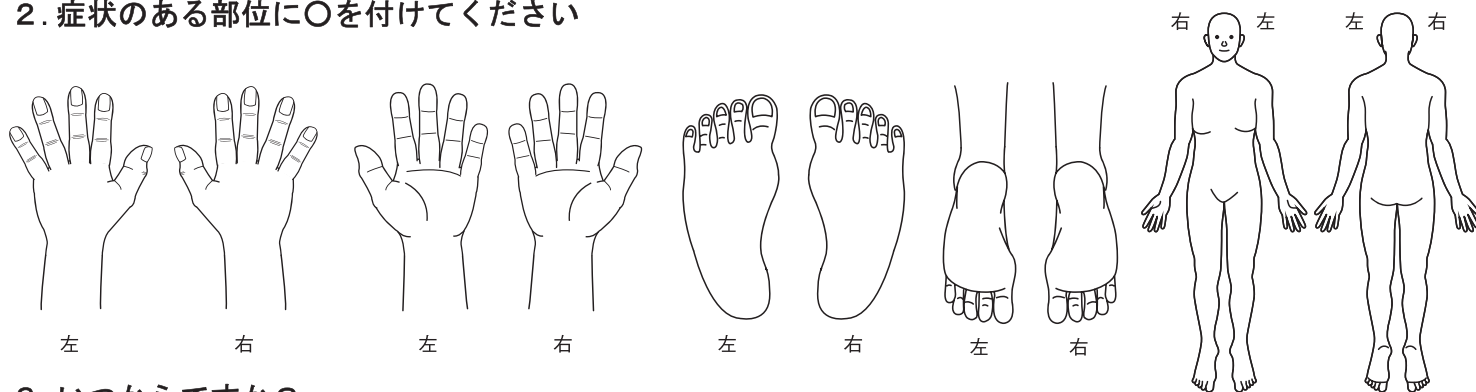
千葉こどもとおとなの整形外科

フリガナ	男	昭和・平成・令和	年	月	日生( )才
名前	・	職業・学校名	自宅電話	-	-
現住所	女		携帯電話	-	-
			その他の連絡先(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 検診 その他( )

## 2. 症状のある部位に○を付けてください



## 3. いつからですか？

今日 〔 月 日 〕 〔 週間前 〕 〔 ヶ月前 〕 〔 年前 〕 不明

## 4. 思いあたる原因はありますか？

労災〔受傷日: 〕 交通事故〔事故日: 〕  
学校・幼稚園・保育園・通学通園中〔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

## 5. 今回の症状に対して他の医療機関(整骨院も含む)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〕

★受診医療機関が、みどりのは葉記念病院・ちはら台整形外科の方はIDをご記入ください。〔ID: 〕

## 6. 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→〔手術(病名): 骨折(部位): 〕

## 7. 現在治療中、又は過去にかかった病気はありますか？

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: 〕

## 8. 使用している薬はありますか？

いいえ はい→薬手帳 あり→診察時ご提示ください(記入不要)

なし } 〔薬の名前または種類: 〕  
忘れ }

## 9. 薬や注射、麻酔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: 〕

10. 女性の方 妊娠していない 妊娠の可能性あり 妊娠中〔 週 〕 授乳中

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

12. 5才以下の方 母子手帳は持参されてますか？ いいえ はい→診察時ご提示ください