

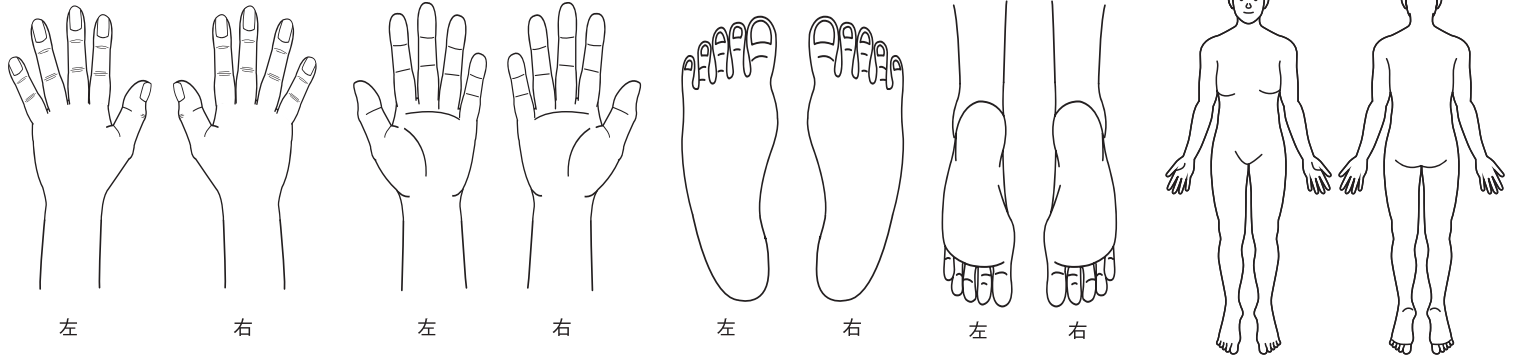
問 診 票

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。本目的以外に利用致しません。

千葉こどもとおとなの整形外科

ふりがな	男	昭和・平成・令和	年	月	日生()才
名前	・	学校名	職業	業務内容	
現住所 〒 -			連絡先(日中繋がる番号) - -		
			緊急連絡先(本人以外) 続柄 - -		
身長 cm ・ 体重 kg ・ 体温 °C					

1. 今日は何の部位について診察をご希望ですか？○を付けてください。



2. どのような症状ですか？

☐ 痛み〔☐急に ☐徐々に〕 ☐しびれ ☐腫れ ☐キズ〔出血：☐あり ☐なし〕 ☐その他〔 〕

3. いつからですか？

☐ 今日 ☐〔 月 日〕 ☐〔 週間前〕 ☐〔 ヶ月前〕 ☐〔 年前〕 ☐不明

4. 思い当たる原因はありますか？

☐ 交通事故〔事故日： 〕 ☐ 仕事・通勤中〔受傷日： 〕
☐ 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〕
☐ 運動〔種目： 週の合計運動時間： 〕 ☐ 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、みどりのほ葉記念病院・ちはら台整形外科の方は ID をご記入ください。〔ID: 〕

6. 医師が必要とした場合、希望される項目はありますか？

☐ いいえ ☐ はい→〔☐MRI ☐リハビリテーション ☐その他： 〕

7. 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)： 〕

8. 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： 〕

9. 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 ☐ 忘れ }〔薬の名前または種類： 〕

10. 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： 〕

11. 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12. 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

サイン：