

だて整形外科 問診票

NO.

フリガナ		生年月日		体重
お名前		・明治・大正 ・昭和・平成	年 月 日(歳)	()kg
ご住所	〒		<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 携帯番号	

1. 本日はどのような理由で受診されましたか？ 具合が悪い部位にチェックを入れてください

くび 肩 肘 手首 指 胸 背中 腰

股関節 ひざ 足首 足裏 足指

その他()

2. 1はどのような症状ですか？

痛み しびれ 腫れ その他()

3. いつ頃からですか？

()時間前から ()日前から ()週間前から

()カ月前から ()年前から

4. そのことで今までに治療を受けられましたか？

いいえ はい⇒()

5. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい(病名・治療の内容:)

6. 現在、服用中・外用中の薬(市販薬も含む)はありますか？

いいえ はい(薬品名:)

7. 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

いいえ はい(病名:)

8. 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ はい(薬品名:)

9. 女性の方へ: 現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？

いいえ はい

10. ご来院のきっかけを教えてください

ご家族・ご親族のご紹介⇒お名前() 知人・ご友人⇒お名前()

病院・診療所のご紹介⇒病院・診療所名()

iタウンページ ポータルサイト⇒ポータルサイト名()

ホームページ タウンページ

看板⇒どちらの看板ですか() クリニック前を通過して

その他()

※当院からの医療情報・検診案内をお届けするはがき、ダイレクトメールをお送りさせていただいてもよろしいですか？

はい いいえ

※薬局での待ち時間を少なくするため、事前に院外薬局に処方内容を伝えてもよいでしょうか？

はい いいえ