

問 診 票

年 月 日

のくぼ整形外科クリニック

フリガナ	大・昭・平・令	年	月	日生(才)
氏名	様	男・女	電話：—	—
住所 〒 —			携帯：—	—
			身長： cm	体重： kg
			職業：	
			現在のスポーツ：	
交通事故(月 日)	労災(月 日)	業務中・通勤中)	持参(紹介状・CD等)	

① 痛い箇所・お悩みの箇所に○をして下さい。 ➡

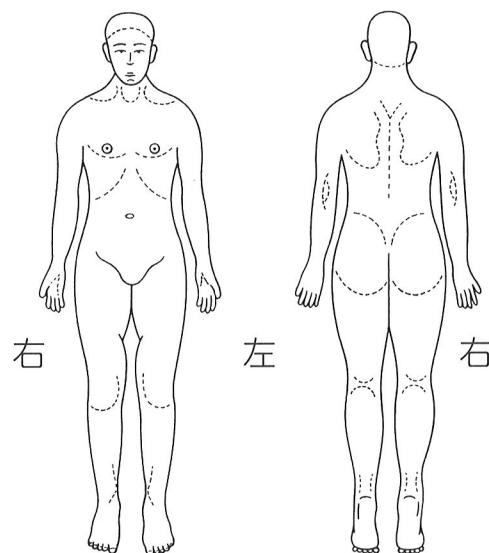
② いつ頃からどのような症状で来院されましたか？

いつから： 年 月 日より

症状：痛み しびれ だるさ はれ ねんざ 打撲
キズ 頭痛 肩こり 腰痛 ムチウチ マヒ

その他、具体的な症状や状況をお書き下さい。

()



③ 同症状で他の病院に受診されましたか？

はい・いいえ 医療機関名：()

④ 今までにかかった病気・ケガ 又は手術はございますか？

はい・いいえ 手術：()

高血圧・脂質異常症・痛風・糖尿病・心臓病・ペースメーカー・ステント・脳血管疾患・がん
肝臓病・B型、C型肝炎・腎臓病・透析・喘息・精神疾患・リウマチ・水虫・性病・感染症
その他：()

⑤ ふだん飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付にお持ち下さい。

はい・いいえ お薬の名前：()

⑥ アレルギー又は治療を受けて体調が悪くなったことはございますか？

はい・いいえ 薬・注射()

金属 アルコール その他()

⑦ 当院を何で知りましたか？ ご紹介(お名前：)

インターネット 広告 通りがかり 電話帳 その他()

⑧ 女性の方へ 該当する方は○をして下さい。 妊娠 月・授乳中・妊活中・該当なし