

たけうち整形外科 問診票

令和 年 月 日

①

| | | | | | |
|------------------------|--------------------|----------|-------|------|---|
| フリガナ | | | | 男 | 女 |
| 患者氏名 | 様 | | | | |
| 生年月日 | 大正 平成 | 昭和 令和 | 年 月 日 | (歳) | |
| 住所 | 〒 - TEL () | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | TEL () | | | |
| 介護認定受けていますか？ | はい () | いいえ | 申請中 | | |
| ◎ 学校・保育園・幼稚園でのお怪我ですか？ | はい | いいえ | | | |
| ◎ 交通事故によるお怪我ですか？ | はい | いいえ | | | |
| ◎ 工作中・通勤途中のお怪我(労災)ですか？ | はい | いいえ | | | |
| | 会社名 () | | | | |
| | ※労災の方はご記入下さい。→ TEL | | | | |

② どうされましたか？

| | | | |
|-----|--------|-----------------------|---------|
| いつ | 月 | 日 | 時頃 |
| どこが | 左 右 両側 | 肩 腕 手指 膝 足 腰 胸 首 背中 脇 | その他 () |
| 症状 | | | |

③ 注射・投薬・X線撮影等の参考にいたしますので、次の事項の有無にお答えください。

1. 今、治療中の病気はありますか？

| | | | | | | | |
|----|----|----------------------------|-----|-----|----|-----|------|
| ない | ある | 病名は？ | 高血圧 | 糖尿病 | 喘息 | 心疾患 | 精神疾患 |
| | | その他 () ※服用中の方は医師にお伝えください。 | | | | | |

2. これまでにかかった大きな病気・手術はありますか？

| | | | |
|------|------|----|--------|
| 病名は？ | 手術は？ | ない | ある () |
|------|------|----|--------|

3. 現在、投薬されていますか？

| | | |
|----|----|---------|
| ない | ある | 何の薬ですか？ |
|----|----|---------|

4. 食べ物・薬のアレルギーはありますか？

| | | |
|----|----|---------------|
| ない | ある | 何の食べ物、何の薬ですか？ |
|----|----|---------------|

5. たばこは吸いますか？ お酒は飲みますか？

| | | | | | |
|-----|----|-----|----|----|-----|
| たばこ | はい | いいえ | お酒 | はい | いいえ |
|-----|----|-----|----|----|-----|

6. (女性の方のみ) 現在妊娠していますか？

| | | | |
|----|----|---------|----|
| ない | ある | 何か月ですか？ | か月 |
|----|----|---------|----|

④ 本クリニックはどのようにして知りましたか？

| | | | | | |
|--------|-----|------|------|---------|---------|
| 近くを通った | チラシ | 電柱広告 | 知人から | インターネット | その他 () |
|--------|-----|------|------|---------|---------|