＜ 整形・ペインクリニック 問 診 票 ＞

日付　　年　　月　　日

この問診表は、治療を受けていただく時の参考にさせていただくものです。患者様のプライバシーは厳守致しますので、正確に記入して受付窓口に提出してください。なお、わからない所は空欄のままで結構です。

ふりがな		生年月日
氏 名	男 ・ 女	M・T・S・H　年　月　日（　歳）
住 所	郵便番号　－	自宅電話 （　）　－
		携帯電話 （　）　－
勤務先名		勤務先電話番号（　）　－

1. どのような症状でおみえになりましたか。

・いつからですか。 例:2月1日夜から 1年前から

【　】

・どこを診てもらいたいですか。
絵にしるしをつけてください。

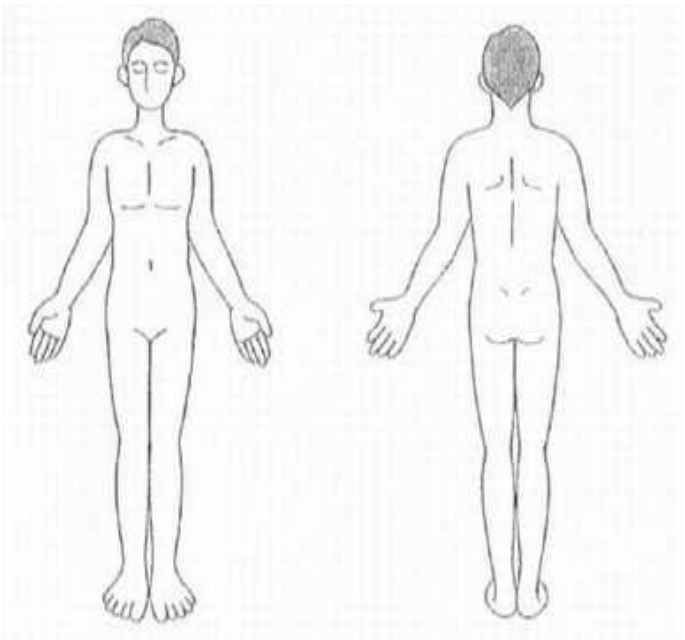
・どのような症状がありますか。
下記に丸をつけてください。

痛み ・ 傷がある ・ しびれ ・ はれ

できもの ・ 湿疹(しっしん)

その他【　】

・考えられる原因はありますか。【 ある ・ ない 】
下記に具体的にご記入ください。



【　】

2. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか。【 はい ・ いいえ 】

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ ぜんそく ・ 癌【 部位:　】

その他【　】

3. 今までに手術をしたことがありますか。【 はい ・ いいえ 】

いつ【　】　どのような手術【　】

4. 現在内服中の薬がありますか。【 はい ・ いいえ 】お薬手帳をお持ちの方は提出してください。

内服薬名【　】

5. 薬や食べ物でアレルギーはありますか。【 ある ・ ない 】下記に具体的にご記入ください。

【　】

6. 女性の方にお尋ねします。

妊娠中ですか。【 はい ・ いいえ ・ 可能性がある(最後の生理:　月　日から) 】

授乳中ですか。【 はい ・ いいえ 】

7. 何か気になることがございましたらお書きください。

【　】

医療法人社団広仁会　広瀬病院