

問診票

大森整形外科リウマチ科

平成 年 月 日

フリガナ		T・S・H	
氏名	男・女	年 月 日生	歳
住所	〒 -	電話番号 () -	
		携帯番号 () -	
		身長 cm	体重 kg

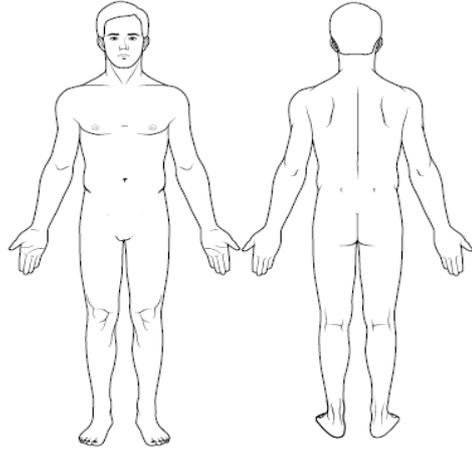
★該当する所に☑してください。

1. どのような症状で来院されましたか？

症状のある部位に○をつけてください。(右の絵)

※頭部は当院では診察しておりません。

- 痛い しびれる 力が入らない
 腫れ 音がする つっぱる
 その他()



2. いつごろから症状は出てきましたか？

()

3. 原因は交通事故または仕事ですか？

- いいえ 交通事故 仕事(労災)

4. 今回の症状で他医療機関を受診されていますか？

- なし あり:病・医院名()
 ※紹介状 なし あり
 治療内容: 投薬 注射 物療 その他()
 検査: レントゲン MRI その他()



5. 現在も含め、今までに病気、手術の経験はありますか？

- なし あり→いつ頃()

高血圧・糖尿病・高脂血症・狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全・胃炎・胃十二指腸潰瘍
 脳梗塞・慢性肝炎・喘息・慢性気管支炎・緑内障・白内障・めまい・貧血・膠原病・パーキンソン病
 その他()

6. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

- なし あり:薬品名()

7. 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

- なし あり:薬() 食べ物()

8. 65歳以上の方への質問

介護保険について 加入している 未加入 申請中

介護保険加入されている方 (要支援) 1 2

(要介護) 1 2 3 4 5

介護保険でリハビリをしていますか？ いいえ はい:施設名()

9. 女性の方へ

妊娠している可能性がありますか？ いいえ はい わからない

授乳中ですか？ いいえ はい