

年 月 日 ご来院分

問診表

受付番号:

フリガナ		生年月日	年齢	性別	身長	体重
氏名		大平 昭令 年 月 日	歳	男・女	cm	kg
住所	〒		自宅	☎		
			携帯	☎		

◆当院は初めてですか？ はい・いいえ 初診の方や新たな症状でご来院の方は診察まで1~2時間程かかる場合がございます。

◇【40歳以上の方はご回答ください】介護保険の認定を受けていますか？  受けていない

受けている 要介護：要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

訪問リハビリやデイケア等ご利用されていますか？  いいえ

はい ご利用施設をご記入ください〔 〕

◆今までにアレルギー反応が出たことがありますか？

はい〔 〕  いいえ

◆治療に必要な情報ですのでご回答ください \*お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください

○現在治療(内服・注射等)中、または指摘された病気がありますか？

心臓疾患  腎臓疾患  肝臓疾患  脳血管疾患  高血圧  糖尿病  リウマチ  
 胃潰瘍  骨粗鬆症  痛風  喘息  その他〔 〕

○体内に金属類が入っていますか？

はい〔 〕  いいえ

◆【女性のみご回答ください】現在、妊娠中・妊娠の可能性、または授乳中ですか？

はい〔 妊娠している( 月) ・ 妊娠の可能性が ある ・ 授乳中 〕  いいえ

◆今回ご受診される症状についてお尋ねします。①~⑤までお分かりになる範囲でご記入ください。

① 以下のうち、どれにあてはまりますか？

⑤ 具合の悪い部分を○で囲んでください

仕事・通勤上 → 労災申請のご予定：あり・なし

交通事故( 年 月 日) 保険会社へ連絡：未・済

学校行事・通学中  スポーツ  転倒

その他〔 〕

② いつ頃からですか？  不明

〔 年 月 日 頃 〕

③ どのようなきっかけですか？(ぶつけた・ひねった等)

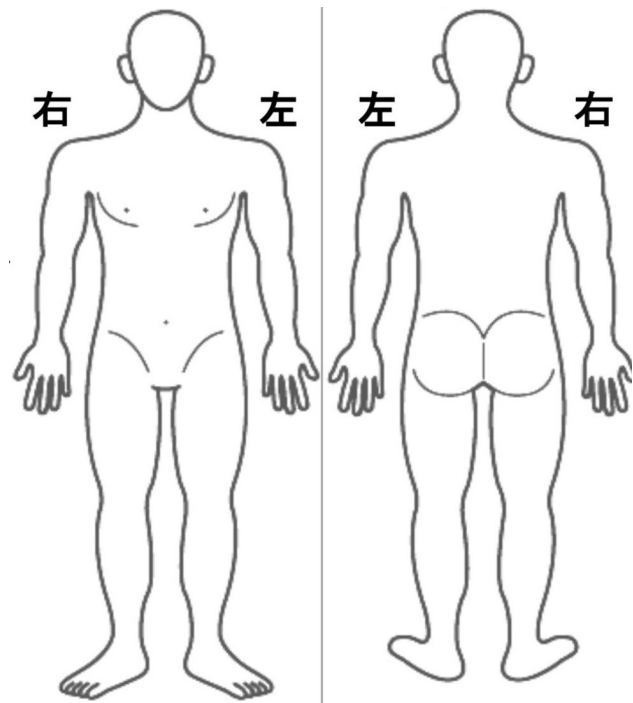
〔 〕  不明

④ 今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

はい〔 〕  いいえ

治療内容： 手術  薬  注射  リハビリ

その他〔 〕



◆来院の動機

紹介  近所  口コミ  ホームページをみて  通院歴あり  その他〔 〕

ご協力ありがとうございました。

医療法人 柏愛会 林整形外科医院