

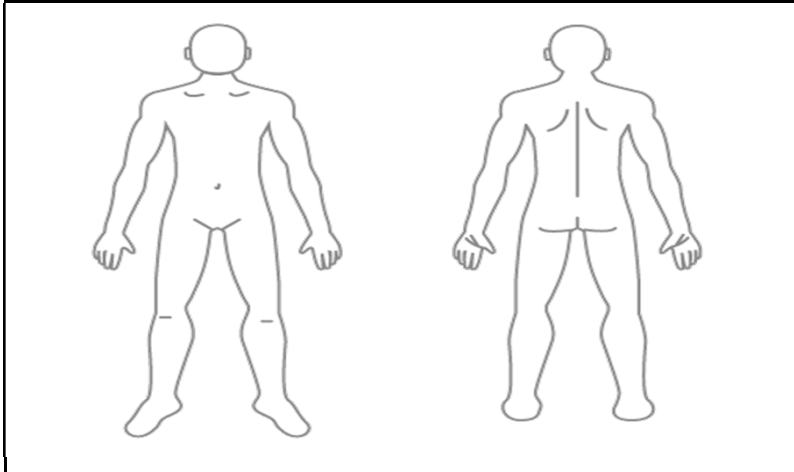
問診表

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前				年 月 日(才)
ご住所	〒			電話番号 — —

1. 今日はどうなさいましたか？

診察を受けたいところを○で囲んでください。



- ケガ
 - 痛い
 - 重い
 - しびれる
 - 動かすにくい
 - はれている
 - その他 _____
- _____
- _____

2. いつごろからどのような症状がありますか？ また、きっかけや原因はなんですか？

[_____]

3. 現在お薬を飲んでいますか？ 《お薬手帳をお持ちの方は出してください》

いいえ ・ はい 服用中のお薬(_____)

お薬は何科で処方されていますか？

内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ その他(_____)

4. 薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい 何の薬や食べ物ですか？(_____)

5. 介護保険を利用されている方へ

介護保険を使ったサービスを利用されていますか？ 　　いいえ ・ はい

それは、どのようなサービスですか？

通所リハビリ ・ デイサービス ・ 訪問リハビリ ・ その他(_____)

6. 交通事故で受診される方へ 【事故日 年 月 日】

警察へ提出用診断書は必要ですか？ 　　いいえ ・ はい

7. 女性の方へ

現在、妊娠していますか？ 　　いいえ ・ はい

現在、授乳中ですか？ 　　いいえ ・ はい

*ご回答ありがとうございました。

記入が終わりましたら、受付までご提出ください。

布谷整形外科医院