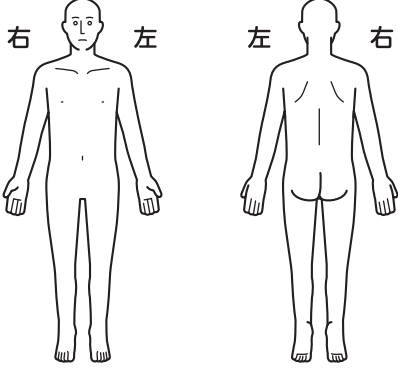


# 問 診 票

N にいみ整形外科

ふりがな			
氏 名	様		男 ・ 女
住 所	〒 -	電話番号	( )
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年 月 日	( 歳)

1	どのような症状ですか?○をつけてください。 ・痛み ・しびれ ・赤い ・動かない ・腫れている ・感じが鈍い ・その他( )	症状のある部位に○をつけてください。 右 左 左 右 
	どのような時にその症状がありますか? ( )	
	それはいつ頃からですか? ( )	
2	今回の症状で原因はありますか?○をつけてください。 ・転倒 ・スポーツ ・交通事故 ・仕事中のケガ(通勤途中を含む) ・特に思い当たらない ・その他( )	
3	現在治療中の病気または過去にした病気・手術があれば○をつけてください。 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・肺疾患 ・喘息 ・糖尿病 ・高血圧 ・その他( )	
	過去にした手術があれば○をつけてください。 ・心臓ペースメーカー ・ステント ・脳クリップ ・その他( )	
4	服用している薬はありますか?○をつけてください。 (お薬手帳があれば、必ず問診票と一緒にご提出ください)	・ない ・ある
	お薬手帳がない方へ それは何の薬ですか? ( )	
5	薬・注射にアレルギーはありますか?	・ない ・ある( )
6	当てはまる方は○をつけてください	・妊娠中 ・授乳中
7	当院をどのようにして知りましたか?	・前を通過して ・紹介 ・ネット ・看板 ・その他( )
8	骨粗しょう症の検査をしたことがありますか?	・ない ・ある