

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日	年	月	日
氏名	男・女	電話番号	—	—
		携帯番号	—	—
住所 〒				
施設入所の場合：施設名		付添い： ☐ 施設職員 ☐ 家族 ☐ その他		

症状の部位に丸をしてください

1.どのような症状で来院されましたか？

☐痛み ☐しびれ ☐腫れ ☐動きにくい

その他（ ）

2.いつ頃から症状は出てきましたか？

から

3.症状が出た原因はなんですか？

☐転倒 ☐スポーツ ☐交通事故 ☐特になし☐工作中（労災申請 する・しない）☐その他（ ）4.今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？ ☐はい ☐いいえ

はい とお答えの方はご記入下さい。

紹介状・画像 ☐あり ☐なし 医療機関名（ ）

5.現在治療中の病気があればお答え下さい。

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐脳梗塞 ☐腎臓病 ☐喘息 ☐胃潰瘍☐痛風 ☐高脂血症 ☐その他（ ）6.手術を受けたことがありますか？ ☐ある ☐ない

手術名（ 年月日： ）

手術名（ 年月日： ）

7.現在服用している薬がありますか？ ☐はい ☐いいえ

お薬手帳を持参された方は受付にお出し下さい。

手帳を持参されていない、またはアプリの方は下記にご記入下さい（例：血圧の薬）

裏面の記入もお願い致します。

8.薬・食べ物・金属でアレルギーはありますか？

☐ある（ ） ☐なし

9.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ ☐はい（ 週目） ☐いいえ

授乳中ですか？ ☐はい ☐いいえ

10.介護保険は申請されていますか？ ☐はい ☐いいえ

（要支援1・要支援2・要介護1・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5）

11.他院でリハビリテーションを利用していますか？ ☐はい ☐いいえ

”はい”の方→（施設名： ）

ご記入ありがとうございました。



西大島よしざわ整形外科
YOSHIZAWA