三輪整形外科クリニック　問診票　　来院日　　年　　月　　日

ふりがな

氏名　　年齢　　歳　　性別　男・女

生年月日　　西暦・昭和・平成・令和　　年　　月　　日

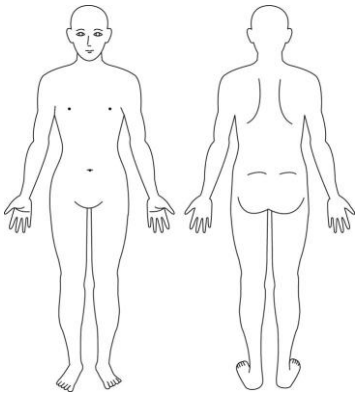
住所：〒

電話番号：　　（　　）　　携帯番号　　（　　）

身長：　　cm　体重：　　kg　体温：　　℃

●本日受診される症状について　記入　及び　×をしてください

●症状のある場所（部位）に　×を入れるか、範囲を囲んでください



●×をいれた場所（範囲）はどのような症状ですか

当てはまる症状に〇をつけてください

・痛み　・変形　・しびれがある　・はれている

・しこりがある　　・こわばりがある

・その他（　　）

●いつ頃から症状が出ましたか

年　　月　　日頃から　（　　年前から）

●今回のことで他の病院で診察・治療をうけられましたか？

いいえ　・はい　・現在通院中（　　）

●痛みの場合、どうして痛くなりましたか　　ケガ　・　ケガ以外（少しずつ・急に）

●現在されているお仕事、スポーツがあれば教えて下さい

（お仕事：　　スポーツ：　　）

●今までに以下の病気を指摘された事があればお書きください。

・リウマチ　・糖尿病　・脂質異常症　・心疾患　・脳疾患　その他（　　）

●この１年間で健診（特定健診または高齢者健診に限る）を受けた方

異常があった場合ご記入ください　〔　　〕

●女性の方にお尋ねします　　妊娠の可能性がありますか？

・いいえ　　・はい（妊娠　　ヶ月または　　週）　・　わからない

●現在飲んでいるお薬があれば、お書きください。（お薬手帳持参の方は記入不要です。）

（1ヶ月以内の処方はご記入ください）〔　　〕

●薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか　いいえ　・はい（　　）

●当院を何で知りましたか？

・医療機関経由（　　）　・知人の紹介　　・看板

・インターネット・ＳＮＳ　　・近所に住んでいる　　・雑誌・新聞コラムなど

・＃7119　　・その他（　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。