

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

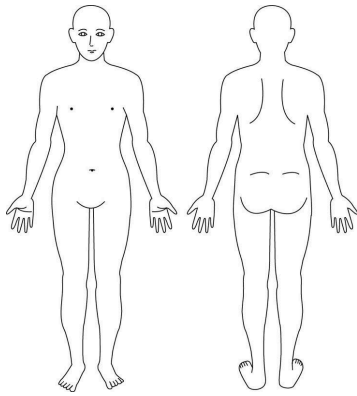
生年月日 西暦・昭和・平成・令和 年 月 日

住所:〒

電話番号: () 携帯番号 ()

身長: cm 体重: kg 体温: °C

- 本日受診される症状について 記入 及び xをしてください
- 症状のある場所(部位)に xを入れるか、範囲を囲んでください



- x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o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ください
(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 妊娠の可能性はありますか?
・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ヶ月以内の処方をご記入ください) []
 - 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。