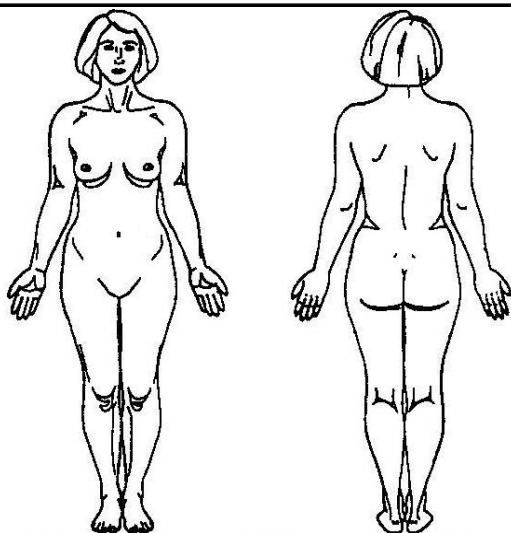


問診表

お名前 _____

年齢 _____

症状のある場所に印を付けてください



身長 _____ cm

体重 _____ kg

職業

(_____)

スポーツ歴
無・有

(_____)

現在どのような症状がありますか？

{ _____ }

その症状はいつ頃からありますか？

{ _____ }

その症状が発生したことに、原因などはありますか？

いいえ はい { _____ }

その症状について、これまで他の病院で治療したことがありますか？

ある場合、治療期間はいつ頃ですか？どのような治療をしましたか？

いいえ はい { _____ }

今回とは別に、これまで何か大きな病気や怪我、手術をしたことがありますか？

ある場合、どのような病気や怪我、手術をいつ頃しましたか？

いいえ はい { _____ }

現在、他の病気や怪我で、どこかの病院で治療していますか？

通院中の場合、どのような病気や怪我で、いつ頃から治療していますか？

いいえ はい { _____ }

現在、何か薬を飲んでいますか？ 飲んでいる場合、どのような薬ですか？

いいえ はい { _____ }

薬のアレルギーがありますか？ ある場合、どのような種類の薬ですか？

いいえ はい { _____ }

(女性の方のみ) 現在妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい

下井病院 整形外科外来