

福住整形外科クリニック 問診票

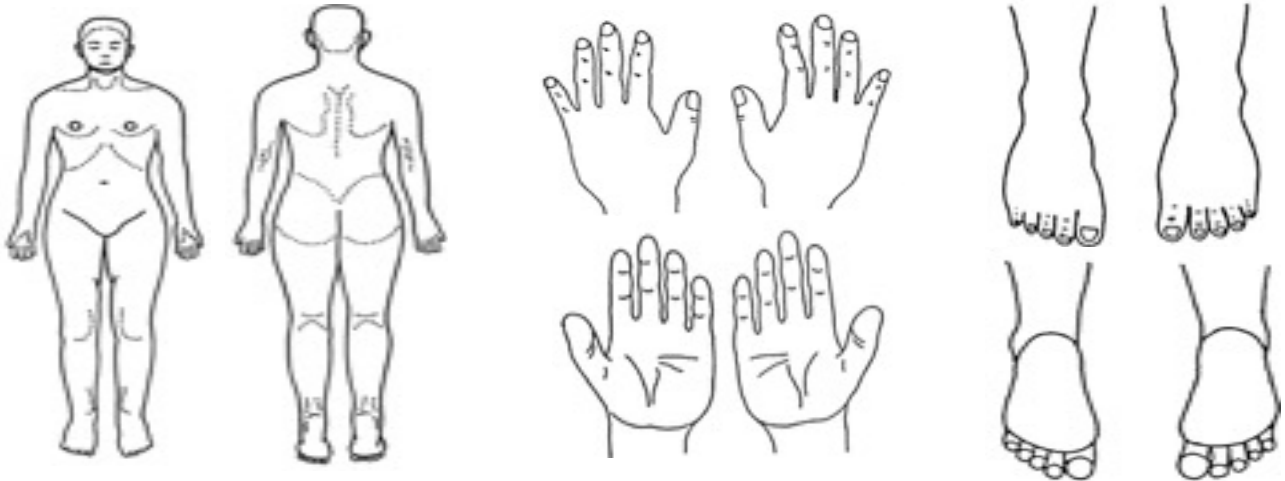
氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 体重 _____ (kg)

※小学生以下の方は体重の記入をお願いいたします。

1 いつ頃からどのような症状でお困りですか。

- ・いつ頃から (_____ 頃)
- ・症状が出た原因はありますか (_____)
- ・どのような症状ですか (_____)

2 症状のある部位を下の図に示してください。



3 今回の症状で治療を受けたことがありますか。

- いいえ はい (_____)

4 現在治療中の病気はありますか。

- いいえ はい → 喘息、心臓病、腎臓病、脳梗塞、糖尿病、胃潰瘍
その他 (_____)

5 過去に大きな手術を受けたことがありますか。

- いいえ はい → (_____)

6 現在内服しているお薬はありますか。(お薬手帳があればご持参して下さい)

- いいえ はい → (_____)

7 今までのお薬のアレルギーや副作用が出たことがありますか。

- いいえ はい → 薬の名前 (_____)

8 検査・治療に関して要望はございますか。(複数回答お願いします)

- 飲み薬 湿布・塗り薬 注射 リハビリ 検査 骨粗鬆症の検査