

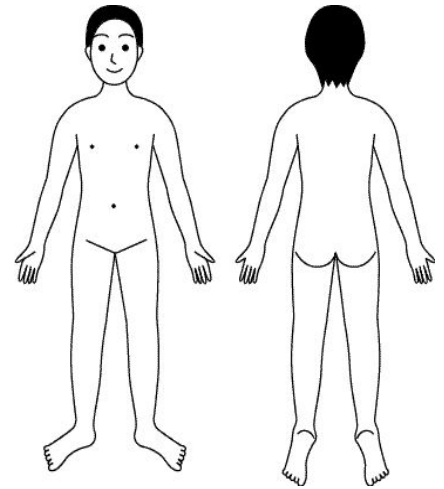
整形外科問診票

氏名	殿（男・女）	紹介者（	）
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日（ 歳）
職業	身長	cm	体重 kg
住所			
電話番号	携帯		
介護保険被保険者証はお持ちですか（40歳以上のかた） はい ・ いいえ			

具合の悪い部分に○をつけてください

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（ 年 月 日から）
 ・症状（



・原因は何ですか。○をつけてください。
 1) 交通事故
 2) スポーツ外傷
 3) 工作中・通勤中の事故
 4) 特に原因なし
 5) その他

2. この症状で、現在病院または整骨院(鍼灸院)で治療を受けていますか。

(はい ・ いいえ)

最終受診日

「はい」の方…病院名（ 年 月 日）
 整骨院(鍼灸院)名（ 年 月 日）
 どのような治療をうけられていますか。(投薬・リハビリ など)

3. 今までにかかった病気をご記入ください。

()

4. 現在、何か薬を飲んでいますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」の方…薬の名前 ()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

「はい」の方…わかれば薬・食べ物の名前 ()

6. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい (ヶ月) ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)

ご記入いただきました問診表は、カルテと同様に厳正に管理されます。