

< 整形外科 問診票 >

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	体重(お子様のみ)	kg		
氏 名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
住 所	〒					
電話番号	☎					

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

本日から 日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

② 次の病気がありますか？ ある ・ なし

高血圧 糖尿病 高コレステロール 高脂血症 痛風 脳梗塞 胃潰瘍 花粉症
気管支喘息 心臓病 肝臓病(B型肝炎・C型肝炎) 腎臓病 不眠症
甲状腺疾患 リウマチ その他()

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ある ・ なし

()

④ お薬手帳はお持ちですか？ ある ・ なし ・ 本日忘れ

⑤ お薬や食べ物でアレルギーがありますか？ ある ・ なし

()

⑥ (女性の方へ)現在、妊娠・授乳はされていますか？ 妊娠中 ・ 授乳中

※ご記入ありがとうございました。問診票は受付にお戻し下さい。