

お名前： _____

生年月日： _____

住所：〒 _____

TEL _____

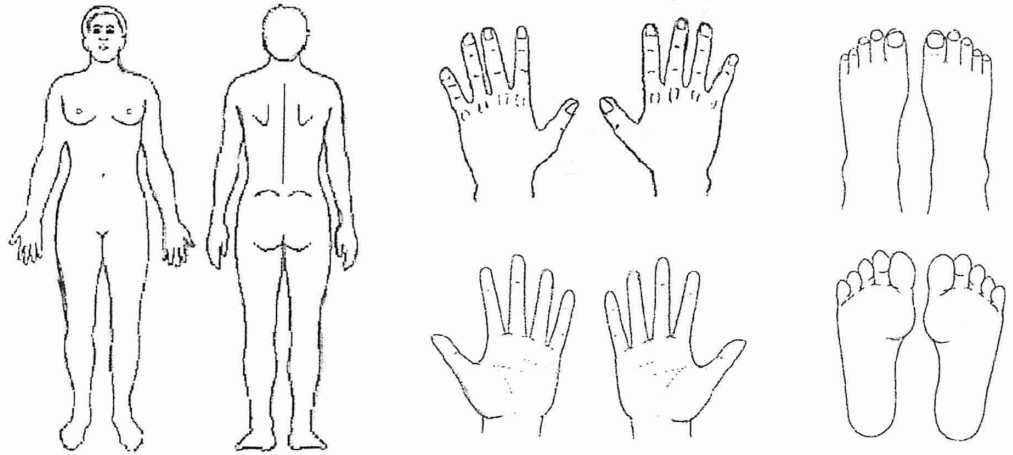
<問診票>

1. 今日はどうしましたか？

- a) 痛い b) 腫れている c) 出血 d) できもの e) 膿んでいる
- f) しびれがある g) 骨粗しょう症といわれた h) 変形している
- i) その他 (_____)

2. 体のどの部分ですか？ ○で囲んでください。

(具体的に、右肩・左足小指などご記入いただいても結構です。)



3. いつからですか？

- a) 今日 b)きのう c) おととい d) 数日前位から e)1週間位前から
- f) その他 (_____)

4. 何か、きっかけはありましたか？

- a) ない b) ある (_____)

5. 現在、病気で治療中、あるいは、お薬をお飲みですか？

- a) いいえ b) はい (病名: _____ 薬品名: _____)

*お薬手帳をお持ちの方は、お出してください。

6. 過去に、手術を受けたことがありますか？

- a) ない b) ある (病名: _____ いつ頃: _____)

7. 過去に、薬や注射でアレルギーが出たことがありますか？

- a) ない b) ある (_____)

8. (女性の方のみ) 現在、妊娠の可能性はありますか？

- a) ない b) ある (_____ 週) c) 不明

9. 検査・治療に関して、何かご希望はありますか？

- a) ない b) ある (_____)

*治療上、ご希望に添えないこともあります。ご了承ください。

10. クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- a) 看板を見て b) 通りがかり c) インターネット d) ホームページを見て e) 知人・友人の紹介
- f) その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。 **大泉学園整形外科**