|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  問診表  | 紹介状 | 持参フィルム等 |
|  |  | あり・なし | あり・なし |
| 受診日 平成 　　年　　　月 　　日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 名 前 | 性別 | 年齢 | 身長 | 体重 | 職業 |
|  | 男 |  |  |  |  |
| 女 | 才 | ㎝ | ㎏ |

|  |  |
| --- | --- |
| １．どのような症状で来院されましたか？□痛い 　□しびれる 　□腫れ 　□動きにくい □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）＊症状のある部位はどこですか？□頚椎（首） 　□背部 　□腰椎 　□膝（右・左）□肩（右・左）　□足首（右・左）　□その他→図へ２．いつごろから症状は出てきましたか？ □　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 から □　　　　　 （　日　・　月　・　年　 ）前から３．症状が出たきっかけ・原因は何ですか？□交通事故 　□仕事中 　□スポーツ　 □転倒□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）　□特に原因なし | ≪症状のある部位に○をつけて下さい≫ |

４．今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　病院　・　医院

治療内容 ：　□投薬 　□注射 　□物療 　□その他（　　　　　　　　　　　　 ）

検査 ：　□レントゲン 　 □ＭＲＩ 　 □その他（ ）

５．現在治療中の病気があればお答えください。

□高血圧 □糖尿病 □心臓病（狭心症・不整脈など） □脳梗塞 □腎臓病 □喘息 □胃潰瘍

□その他（ ） □治療中の病気はない

６．過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。

手術名 （ ： 年） （ ： 年）

７．薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

□ある ： 薬（ ） 食べ物（ ） □ない

８．趣味・健康目的で何か運動（スポーツ）されていればお答え下さい。

種類（ ） 回／ 週 ・ 月

９．女性の方へ ： 妊娠している可能性がありますか？

□ はい □ いいえ

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報は、診療録（カルテ）と同様に厳正に管理されます

山本整形外科クリニック