

問 診 表

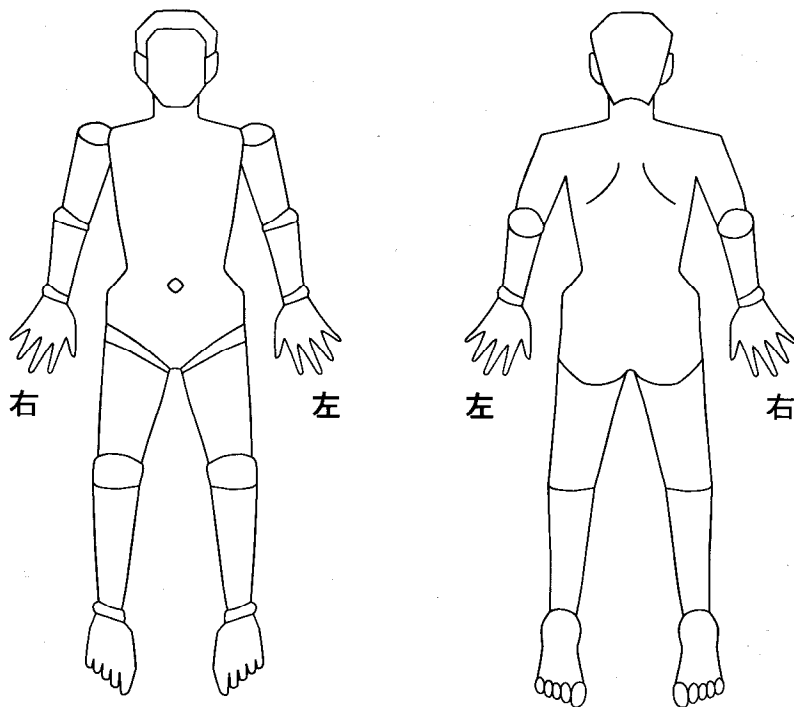
フリガナ		性別	生年月日
名前		男 女	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 —		
電話		身長	cm 体重 kg

今日はどのような症状で来院されましたか

痛み・しびれ・腫れ・その他

いつから？

どこが？



現在 当院又は他院で 診察を受けたり 治療中の病気は ありますか	→	ない	
	→	ある	病名をお書き下さい 糖尿病・心臓病・脳卒中・高血圧・ぜんそく・その他
過去に 病気やケガで 入院又は手術を したことはありますか	→	ない	
	→	ある	病名をお書き下さい 糖尿病・心臓病・脳卒中・高血圧・ぜんそく・その他
薬や食べ物で じん麻疹や アレルギーがでた ことはありますか	→	ない	
	→	ある	内容をお書き下さい

女性に お聞きします	→	現在妊娠中 又は妊娠の 可能性は？	→	ない
			→	ある

ご記入
ありがとうございました。

竹田整形外科クリニック