

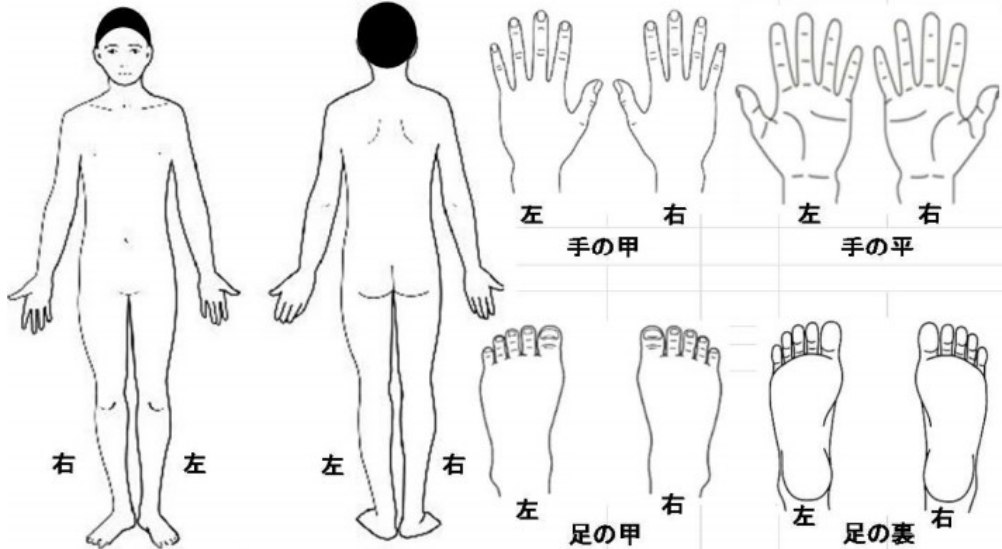
# 大角医院 整形外科 問診票

再診の方も、生年月日・電話番号までご記入ください。(同姓同名の方がいます)

記入日 令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	年齢
お名前	男 女	大・昭・平・令 年 月 日	歳
ご連絡先の電話番号			
住所変更された方は新住所：〒			

※診察を希望する部位に○を印でつけてください。



- 本日はどうしましたか？  
痛い しびれる 動きにくい 腫れている 傷がある やけど  
その他 ( )
- いつ頃から症状が出てきていますか？(具体的に)  
 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_日前 \_\_\_\_週間前 \_\_\_\_カ月前 \_\_\_\_年前
- 症状が出たきっかけは何ですか？  
転倒 落ちた ぶつけた ひねった 運動中 交通事故 工作中  
切った はさんだ 原因不明  
その理由 ( )
- 今回の症状で他の医療機関を受診・治療していますか？  
いいえ はい(医療機関名 )
- 現在治療中の病気はありますか  
いいえ はい ( )
- 現在お薬は飲んでいますか？ お薬手帳をお持ちの方はお持ちください。  
いいえ はい ( )
- 今までに手術を受けたことはありますか？  
いいえ はい ( )
- アレルギーはありますか？  
いいえ はい 食物・薬剤・花粉症・湿布かぶれ  
 ( )
- 現在、妊娠していますか？  
いいえ はい ( カ月)
- 他に症状等ある場合は、裏面に記入してください。

