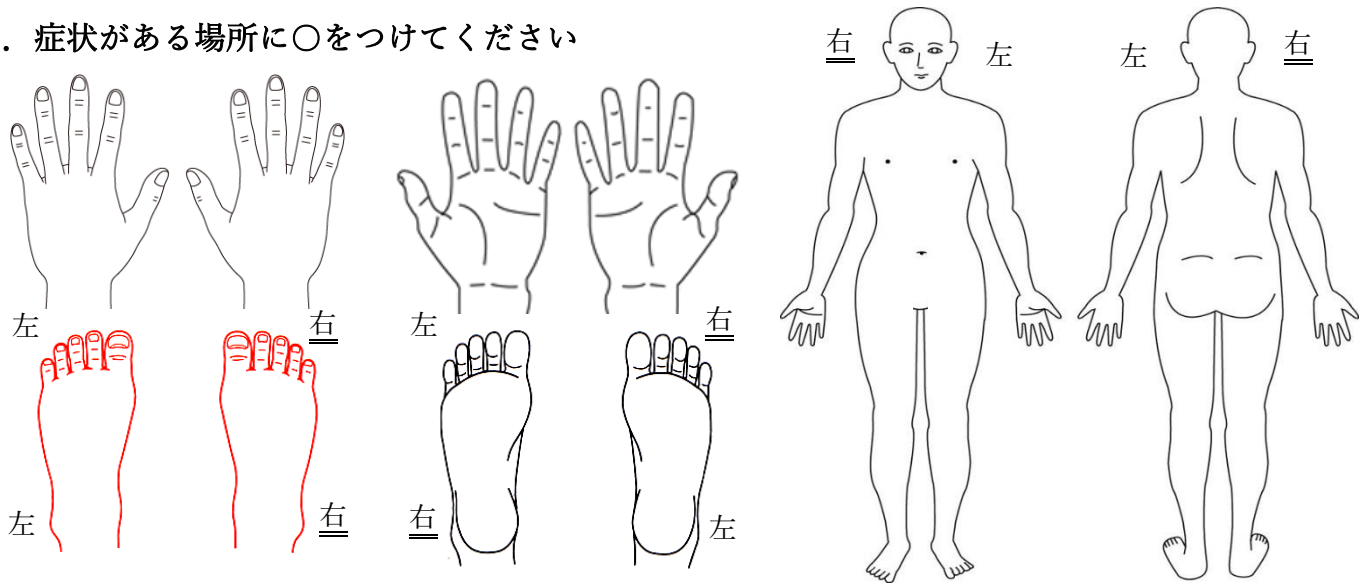
問　診　票

1．症状がある場所に〇をつけてください



2．どのような症状ですか	□痛い　□しびれ　□腫れ　□張り □違和感　□その他（　　）
3．症状はいつからですか	□　　月　　日　　時頃　□　　(日･週･月･年)前から
4．原因に心当たりはありますか	□仕事中・学校での怪我 （　　）
5．どのような動作で痛みますか	（　　）
6．今回の症状で、他の医療機関で治療を受けたことがありますか	□いいえ　□はい　医療機関名（　　）
7．今までかかった病気はありますか	□高血圧　□糖尿病　□胃潰瘍　□喘息　□心臓病 □脳梗塞・脳卒中　□心療内科　□その他（　　）
8．今飲んでいるお薬はありますか	□いいえ　□ はい（　　）
9．手術を受けたことがありますか	□いいえ　□ はい（　　）
10．体内に金属が入っていますか	□いいえ　□ はい　□ペースメーカー
11．薬や食べ物のアレルギーはありますか	□いいえ　□ はい（　　）
12．女性の方のみお答えください ・妊娠されていますか ・授乳中ですか	 □いいえ　□可能性がある　□はい（　　ヶ月） □いいえ　□はい（　　ヶ月）
13．検査や治療に関するご希望はありますか	□レントゲン　□超音波　□血液検査　□骨密度 □注射　□リハビリ　□薬　□その他（　　）

＊記入して頂いた個人情報は診療目的にのみ使用し、個人情報保護の下で厳正に保管致します。

おおつか整形外科