

芹が谷整形外科クリニック問診票

(フリガナ)

※住所・連絡先に変更がありましたら

お名前 _____ (男・女)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 受付までお申し出ください。

★女性の方へ★ 現在妊娠を していない ・ わからない ・ している (現在 週目)

① 今日診察を希望される部位、症状を簡単にご記入ください (例：左手首が痛い)

② 症状はいつ頃からですか？

③ 原因がありましたら、○をつけてください。

ころんだ ぶつけた 落ちた ひねった 切った 不明
その他 (_____)

④ 交通事故のお怪我ですか？ _____ はい・いいえ

※はいの方のみ○をつけてください。

加害者 被害者 単独事故

⑤ お仕事・通勤途中のお怪我ですか？ _____ はい・いいえ

⑦ いままでその為に治療を受けたことがありますか？ _____ はい・いいえ

※はいの方のみ○をつけてください。

当院 他院 (病院名： _____)

※他院に○をしたかたのみお答えください。

治療内容： 内服 湿布 ぬり薬 注射 リハビリ その他 (_____)

⑧ その他治療中のご病気はありますか？ _____ はい・いいえ

※はいの方のみお答えください。

病名： _____

病院名： _____

診療科：内科 外科 皮膚科 眼科 整形外科 耳鼻科 歯科 その他 (_____)