

問 診 票



ISOBE
Orthopedic Clinic

整形外科・リハビリテーション科

いそべ整形外科クリニック

フリガナ

性別

お名前

男・女

生年月日 T・S・H・R

年

月

日

(歳)

ご住所 〒 -

電話番号 () -

携帯電話 () -

ご職業

学校名

(年生)

要介護認定 なし・あり(要支援

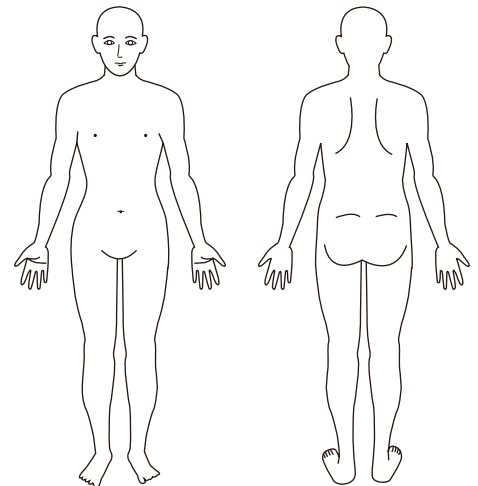
・要介護

・不明)

● どのような症状ですか？(症状に○をつけてください)

(症状のある場所に○をつけてください)

どこが () 痛い・しびれる・はれている
動きにくい・ケガ・キズ
その他 ()



● いつ頃から症状がありますか？

● 原因がありますか？

※交通事故、工作中、学校でのケガの場合は御申し出ください。

● 今回の症状で、他の医療機関を受診されたことのある方は教えてください。

治療の内容

医療機関名

● 現在治療中の病気がある方、過去に手術をしたことがある方は教えてください。

病気・手術：

病院名：

ペースメーカー： あり ・ なし

● 内服中の薬はありますか？ある方は教えてください。(お薬手帳をお持ちの方は見せてください)

● 今までにお薬でアレルギーが出たことがある方は教えてください。

薬品名：

どのような症状：

● 女性の方へ(○をつけてください)

妊娠中、妊娠の可能性はありますか

あり ・ なし

授乳中： あり ・ なし