

高砂慶友整形外科 問診票

クリニック記入欄

フリガナ _____

氏名 _____ 男女

生年月日 T/S/H/R _____ 年 _____ 月 _____ 日

年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご住所 〒 _____

ご連絡先 _____

緊急連絡先(携帯番号可) _____ 続柄【 _____ 】

1. どのような症状で来院されましたか？

(_____)

【症状のある部位に○をつけてください】

正面

背面

2. いつ頃から症状は出てきましたか？

(_____)

3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

(_____)

◎学校、保育園・幼稚園でのお怪我ですか？ はい いいえ

◎交通事故によるお怪我ですか？ はい いいえ

◎工作中、通勤途中のお怪我ですか？ はい いいえ

⇒労災申請の方は、下記の記入をお願い致します。

会社名 (_____) tel (_____)

4. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

病院 クリニック 接骨院 その他 (_____)

受診していない

5. 現在治療中の病気があれば教えてください。

高血圧 糖尿病 喘息 心疾患 脳梗塞・脳出血 リウマチ その他 (_____)

治療中の病気はない

6. 過去にけがや病気で手術を受けた事がありますか？

ある (病名: _____ 手術名: _____)

(病院名: _____ いつ頃: _____)

特になし

7. 現在、内服している薬はありますか？

あり 内服中のお薬 (_____)

なし

◎お薬手帳 有 無

持参忘れ

8. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

ある 薬 (_____) 食べ物 (_____)

なし

9. タバコを吸いますか？ いいえ はい アルコールを飲みますか？ いいえ はい

10. 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ いいえ はい (現在何ヶ月ですか？ _____ ヶ月)

11. 65歳以上の方のみお答え下さい。

介護保険証の認定を受けておりますか？

はい (要支援・要介護)

いいえ ※認定を受けている方は、介護保険証ご提示のご協力お願い致します。

