

問診カード

年 月 日

フリガナ
名前

男
女

生年月日

大昭
平令

年 月 日

住所

電話番号 ()

1. 今日、見てほしいところを右の図に○印をつけてください。

1) いっごろからどんな具合ですか?

()

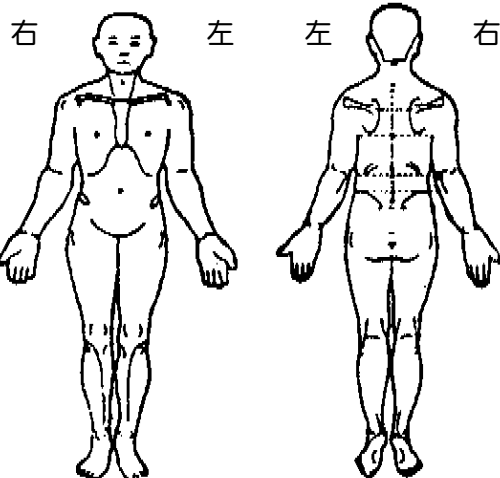
2) 何か思いあたる原因がありますか?

()

3) けがの方に

◇受傷日(月 日)

◇交通事故ですか? (はい・いいえ)



2. これまでに病気になったことがありますか?

高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、喘息、胃腸病、痛風、その他()

3. 今までに手術を受けたことがありますか? 1) ある(病名))
2) ない

4. 今までに飲んだ薬で副作用(アレルギー) 1) ある
があきたことがありますか? (薬の名前、または何の薬か))
2) ない

5. 現在、何か薬を飲んでいますか? 1) 飲んでいる
(薬の名前、または何の薬か))
2) 飲んでいない

6. 女性の方に 1) はい
現在妊娠していますか? 2) いいえ
3) 可能性がある



<https://saitoseikei.clinic/>

さいとう整形外科