

岡村病院 整形外科問診票

男 明治 大正

ふりがな
お名前

女 昭和 平成 年 月 日 才

ご住所

電話番号

1. 今までに当院を受診されたことがありますか？ (はい・いいえ)

2. 今日はどうされましたか？

痛い・しびれる・だるい・傷がある

腫れている・事故

その他 ()

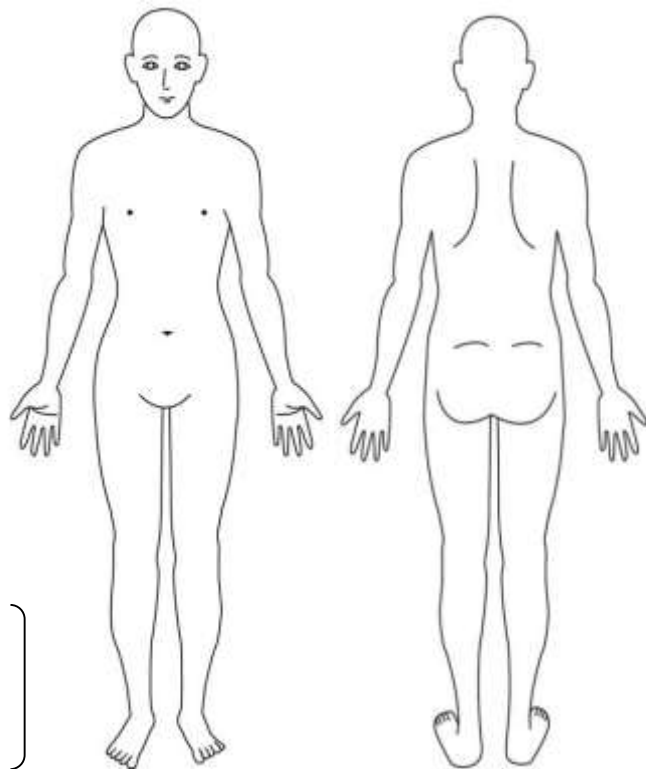
3. 悪いところはどこですか？

右の絵 に印を付けてください

4. いつからですか？

原因が分かればお書きください

(例) 昨日転んで手をついた



5. 今までに大きな病気や手術、入院をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

6. 現在治療中の病気、かかったことのある病気があれば○を付けてください

高血圧 心臓病 狭心症 糖尿病 胃潰瘍 十二指腸潰瘍

ぜんそく 肝炎 腎臓病 前立腺肥大 緑内障 じんましん

その他 []

7. 現在、飲んでいる薬がありますか？ (はい・いいえ)

お薬手帳があればご提示ください

8. アレルギー体質がありますか？ (はい・いいえ)

薬 注射 麻酔薬 アトピー ぜんそく 食べもの 等

9. 女性の方へおたずねします

現在、妊娠中または妊娠をしている可能性がありますか？ (はい・いいえ)