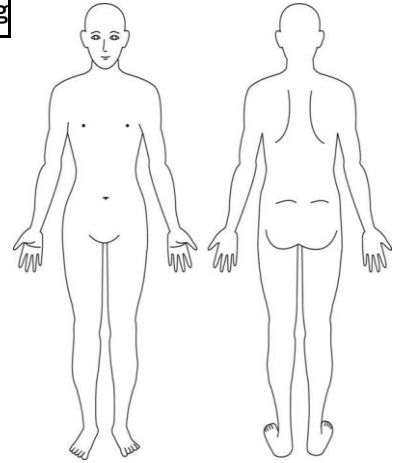


問診票

ふりがな	来院日 年 月 日		
お名前	性別	男	女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)		
ご住所	(〒 -)	電話番号	
身長	cm	体重	kg

1. 本日はどうされましたか？(どのような症状ですか？)
右図の診察を受けたい部位に○をつけてください



2. それはいつ頃からですか？

3. 現在、治療中の病気はありますか？(○をつけてください)

高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病
脳梗塞 脳出血 その他()

4. 既往歴についてご記入ください(自身の過去の病歴や健康状態について)

5. 家族歴についてご記入ください(ご家族・ご親族の病歴や健康状態について)

6. アレルギーについてご記入ください(* 薬アレルギーの方は必ずご記入ください)

7. 女性の方へ・・・現在、妊娠またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

8. 山北整形外科への来院方法は何でしょうか？(○をつけてください)

徒歩 車 バス タクシー 自転車 バイク

9. 山北整形外科を何でお知りになりましたか？(○をつけてください)

①知人の紹介 ②看板・外掲示板 ③パンフレット ④バス案内 ⑤ホームページ ⑥電話帳・タウンページ
⑦山北内科・皮膚科からの紹介 ⑧他院からの紹介 ⑨その他()

40歳以上の方は以下の問診にもお答えください

10. 現在、介護保険の認定を受けられていますか？(要支援、要介護のことです)

はい いいえ 検討中

はいとお答えの方は以下の問診へ

11. 現在、担当のケアマネージャーはおられますか？

はい(事業所名: 担当者名:) いいえ

12. 現在、介護保険でのリハビリを受けられていますか？(デイサービスやデイケアなど)

はい(利用施設名:) いいえ

13. 現在、自宅での生活で不自由なことがありますか？

はい いいえ

はいの方は具体的にどのようなことですか？(例: 歩行することが不自由など)

()

山北整形外科