日付：　　問診票　　【ID：　　】

名前（なまえ）	（　男・女　）
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日　（　　）歳
住所	〒
電話番号	自宅：　　携帯：
職業	

●本日はどうされましたか

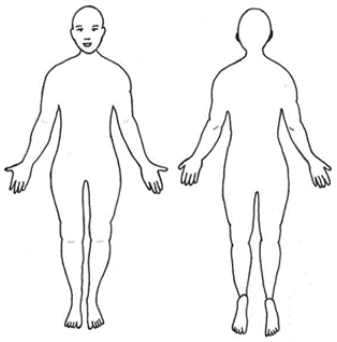
具体的な症状を書いて、症状のある部分を〇で囲んでください

症状について

いつから：

どこが：

どうした：



※該当する場合は〇で囲んでください

交通事故（自賠責）　業務中のケガ（労災）　通勤中のケガ（労災）

学校でのケガ（スポーツ保険）　その他：

●今まで大きな病気をしたことがありますか

ない　**ある** ⇒ 病名：　　（　　歳ごろ）

●今までに手術を受けたことがありますか

ない　**ある** ⇒ 手術名：　　（　　歳ごろ）

●現在、他の医療機関の診察をうけていますか

ない　**ある** ⇒ 医療機関名：

●お薬のアレルギーはありますか

ない　**ある** ⇒

●喫煙の習慣はありますか

ない　**やめた** ⇒　　本/日　　歳ごろまで　**ある** ⇒　　本/日　　歳から

●お酒をのむ習慣はありますか

ない　**ある** ⇒ 頻度；毎日・週に数回・滅多に飲まない　量；

●運動の習慣はありますか　：　**ない**　**ある** ⇒ 何を；　頻度；

〇女性へ質問です　現在、妊娠していますか　：　**していない**　**している**

〇当院を知ったきっかけをお聞かせください

（知人の紹介　他院の紹介　看板を見て　ホームページを見て　その他：　）

ご協力ありがとうございます

ご記入が済みましたらお薬手帳と一緒に受付へ提出してください

草馬（そうま）整形外科リハビリテーション科クリニック