

日付：

問診票

スキャン済み

※過去に当院を受診したことがある方は●部分と変更がある部分の記入をお願いします。【ID： 】

● <small>なまえ</small> 名前				(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○で囲んでください

症状について

いつから：

何をして：

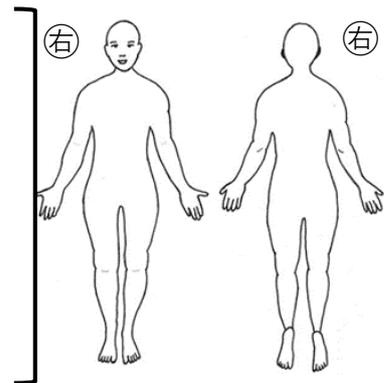
どこが：

どのような症状：

※該当する場合は○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：



○今まで病気やケガで入院や手術、治療をしたことがありますか

ない ある ⇒ 病名： (歳ごろ)

○現在、他の医療機関の診察を受けていますか

ない ある ⇒ 医療機関名： 病名:

○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 ・ 減多に飲まない 量：

○運動の習慣はありますか : ない ある ⇒ 何を： 頻度：

○女性へ質問です 現在、妊娠の可能性はありますか ない ある

○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

過去に受診したことがある 家族が受診したことがある

●紹介状・お薬手帳・各種福祉手帳・介護保険証をお持ちの方は、

受付に提出をお願いします



ご協力ありがとうございます。ご記入が済みましたらに受付へ提出してください

草馬整形外科クリニック
草馬リハビリテーション科