

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 _____：

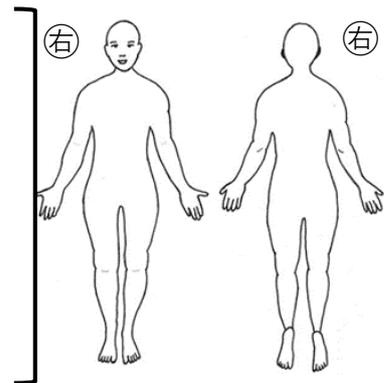
どこが _____：

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うけていますか

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