

問診票

きただ整形外科リウマチクリニック

記入年月日 年 月 日

フリガナ				男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日
名前						平成・令和	(年齢 歳)		
住所	〒 -				電話	()			
					携帯	()			
職業					スポーツ歴	スポーツ名 (年)			
身長	cm	体重			kg	利き手	右・左		

どこが
(部位)

1. 本日診て欲しいところは
どこですか？

いつから
(時期)

交通事故・工作中的の事故

どうして
(症状が出た理由)

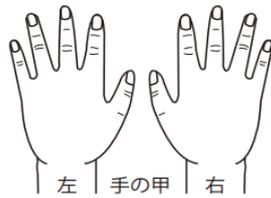
※詳しく書いてください

()

2. その場所に○をつけてください。



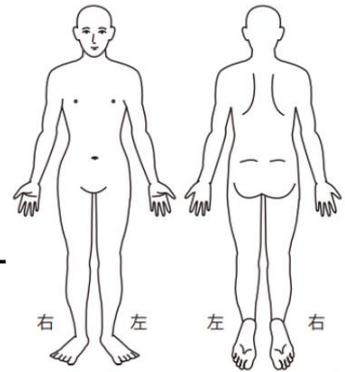
左 手の平 右



左 手の甲 右



左 足の甲 右



右

左

左

右

3. どのような症状でお困りですか？

痛い・しびれる・おもい・つっぱる
腫れている・動きが悪い・冷える
出血・その他 ()

4. 上記の症状で他の医療機関で
受診したことはありますか？

なし・あり

病院名(整骨院名)

初めて受診した日 () 最終受診日 ()

5. 今まで大きな病気、けがをした
ことがありますか？

なし・あり : ()

6. 現在治療中の病気はありますか？

なし・高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・ペースメーカー使用中
肝臓病・腎臓病・その他 ()

7. 現在何か薬を飲んでいますか？
本日、お薬手帳はお持ちですか？

なし・あり : それは何ですか？ ()

お薬手帳 : あり・なし

手帳をお持ちの場合は内容の記載は不要です。
受付にご提出ください。

8. 今までに薬、食べ物でアレルギー
を起こしたことがありますか？

なし・あり : それは何ですか？ ()

9. 女性の方へ

現在妊娠されている可能性はありま
すか？または、授乳していますか？

妊娠 : なし・あり・分からない(可能性がある)

授乳 : なし・あり

10. 65歳以上の女性の方へ

骨密度検査を受けたことがありますか？
当院で全身型の骨密度検査が可能ですが
検査を希望されますか？

検査歴 : なし・あり

検査希望 : なし・あり

記入が終わりましたら受付までお持ち下さい。