

問 診 票

とら整形クリニック

ふりがな		生年月日	年 月 日
お名前		性別	男 ・ 女
ご住所	〒 -	職業	
	連絡先(Tel) () -		

旧「もみの木整形外科」にかかれたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方
 その際の診療記録（カルテ内容やレントゲン画像など）を、
 当院での診療のために拝見・利用してもよろしいですか？ はい ・ いいえ

① 症状についてお聞きします（右の図に症状のある部位に印をしてください）

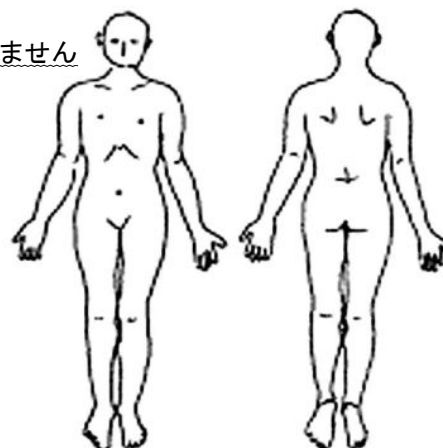
仕事中の怪我 又は 交通事故ですか？ はい ・ いいえ

注：仕事中のけがは、健康保険（保険証）を使うことはできません

症状は？：痛い 腫れている しびれる 動きが悪い
力が入りにくい
その他（)

いつ頃から？ :

原因は？ : ない ・ わからない
ある（)



② 今回の症状でどこか他の医療機関を受診されましたか？

いいえ ・ はい（診断名)

③ 今までにかかったことのある病気・治療中の病気があれば、○を付けて下さい。

①糖尿病 ②高血圧 ③心臓疾患 ④アレルギー ⑤呼吸器疾患/喘息
⑥脳神経 ⑦その他 ()

④ 今までに薬や食品でアレルギーが出たことがありますか？

①かぜ薬 ②鎮痛解熱剤（ピリン他） ③抗生物質（ペニシリン他） ④食べ物
⑤その他 ()

⑤ 女性の方へ

本日はレントゲンを撮影する場合があります。
 妊娠中 あるいは 妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ