

再診時間診票

ふりがな

ID _____

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女 生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日

住所・電話番号に変更のある方は下記にご記入下さい。

ご自宅電話番号 () _____

ご住所 _____ 携帯電話番号 () _____

ご職業（差し支えない範囲で）

学校名・幼稚園名・保育園名

スポーツ歴 _____

この問診票は病気を知るために大切です。ご記入に協力をお願いします。

本日はどうなさいましたか。

1. 具合の悪いところはどこですか？右記に印をつけて下さい。

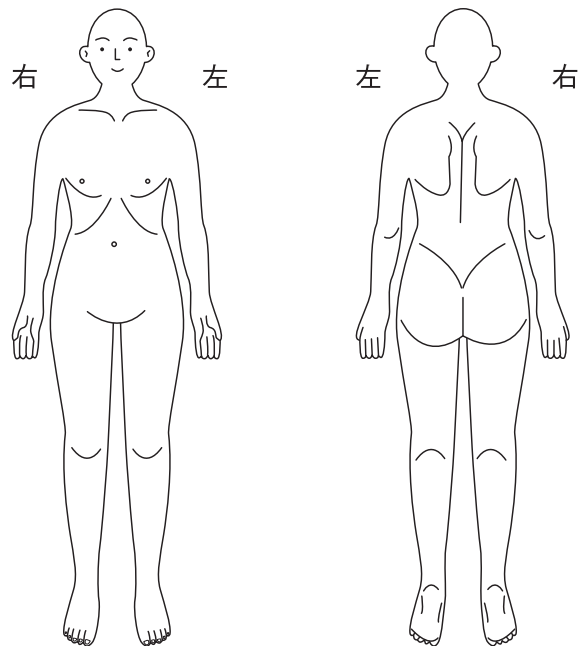
(例：腰・首・肩など)

2. いつ頃から症状がありますか？

3. きっかけ、原因はわかりますか？(例：階段でひねった)

特に思い当たらない。

4. どのような症状ですか？(例：歩いた時、ズキズキ痛い・ジンジンしびれるなど)



5. 現在飲んでいるお薬はありますか。わかる範囲でご記入ください。(お薬手帳がある方はご提出をお願いします。)

ある・なし あると答えたかたはご記入ください(薬品名 _____)

6. 皮膚はかぶれやすいほうですか？

はい いいえ

7. 女性の方へ：妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか。○印またはご記入ください。

はい いいえ

ご協力ありがとうございました



なかざわ整形外科クリニック