

問 診 票

(ふりがな)

お 名 前

男・女 ID

生年月日 M・T・S・H

年

月

日

才

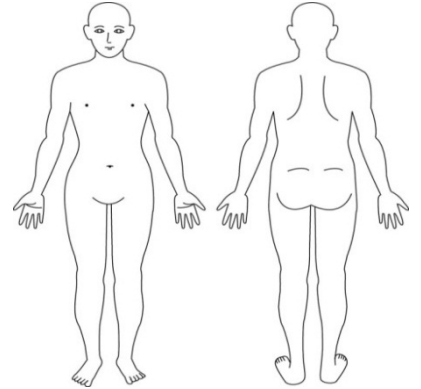
〒 ご住所

電話番号

携帯電話

○どうなさいましたか？

いつから、どんな原因でどんな症状があって、困ることは何か、心配なことは何か、など遠慮なくご自由にお書きください。右の絵を使ってください。



○今、飲んでる薬や、かかっている病院・医院があれば教えてください

例) 田中医院で高血圧の薬と血がさらさらする薬

★お薬手帳はありますか。お持ちの方は受付にご提示ください。

○今までに大きな病気をしたことがあったら教えてください

例) 10年前に心臓の手術

○ご職業と仕事の内容を教えてください (例：機械を作る工場。立ち仕事や自動車運転が多い)

○同居している家族の人数を教えてください (本人以外)

人

○アレルギーはありますか？

ある (

)

ない

○ペースメーカーをつけていますか？

はい ・ いいえ

○女性の方へ 妊娠中、あるいは妊娠している可能性がありますか？

はい ・ いいえ

授乳中ですか？

はい ・ いいえ

ありがとうございました。診察をお待ちください。



谷川整形外科クリニック

Tanikawa Orthopaedic Clinic