

# 問 診 票

ふりがな	.....	明治・大正							
お名前	.....	昭和・平成	年	月	日				
年齢	.....	歳	男・女	身長	.....	cm	体重	.....	kg
〒	.....	—	TEL	.....	(	.....	)		
住所	.....								

1. 自賠償(交通事故) / 労災(通勤途上・業務上)ですか? はい いいえ  
はいの方は、手続きが完了するまで健康保険証の使用が出来ず自費診療となります。

2. どこが悪くて診察にこられましたか?右の図に○印をつけて下さい。

3. どんな症状ですか?

痛い・しびれる・はれている・傷がある

しこりがある・変形している

その他 ( )

4. それはいつ頃からですか?

( )

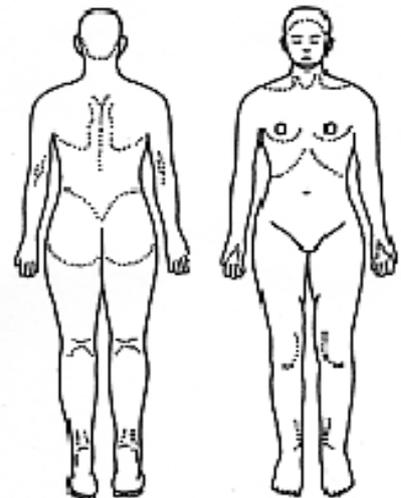
5. 考えられる原因は何ですか?

自然に・転んだ・ぶつけた

その他 ( )

※その時の様子を具体的に書いてください。

( )



6. 今までに病気をされたことはありますか?

はい 高血圧・糖尿病・胃十二指腸潰瘍・心臓病・肝臓病・腎臓病・喘息

その他 ( )

それはいつ頃ですか ( )

いいえ

7. 現在飲んでいる薬または注射はありますか?

はい ( )

いいえ

8. 今までに薬または注射でアレルギー(発疹・気分不快など)をおこしたことはありますか?

はい ( 薬剤名 )

いいえ

9. 女性の方にお尋ねします。診察に際し、レントゲン撮影や、薬が処方されることがあります。

妊娠の可能性はありますか?

はい

いいえ ⇒ 授乳中ですか? ⇒ はい いいえ

\* 診療報酬明細書 必要 不要

ご協力ありがとうございました。

はちすか整形外科