

# 問 診 表

ヒロ整形クリニック

ご住所

〒

電話番号

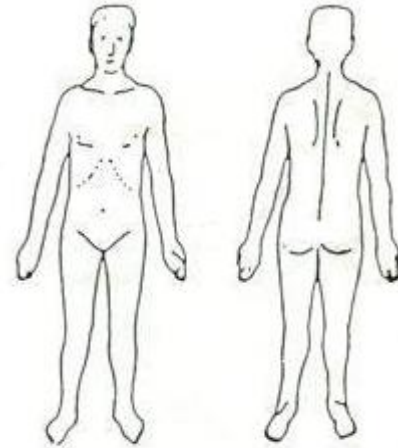
診察を受ける方のご氏名とフリガナ

男 女

生年月日 大 昭 平 令 年 月 日 ( 歳 )

(1) 今日は、どのような症状で来院されましたか？

〔 痛み、しびれ、ねんざ、切り傷、打撲（うちみ）  
しこり、できもの、その他（ ） 〕



(2) その症状はいつからですか？

〔 今日、（ ）日前、（ ）ヶ月前  
（ ）年前、わからない  
その他（ ） 〕

(3) その部位はどこですか？右上の図に○を付けてください。

(4) その症状は、仕事中（労災）または、交通事故ですか？

労災 交通事故 どちらでもない

(5) その症状は、スポーツでの発症ですか？（はい ・ いいえ）

競技種目：

(6) 現在治療中の病気はありますか？（ある ・ ない）

糖尿病、高血圧、高脂血症、心疾患、脳血管疾患、歯科、その他（ ）

(7) 現在、服用している薬（他の病院で処方されたものや、市販薬など）はありますか？

（ある ・ ない）何を：

★お薬手帳をお持ちの場合は、ご提示ください。

(8) 今までに、薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？

（ある ・ ない）原因：

(9) 介護保険の認定を受けられていますか？（はい ・ いいえ）

要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5

(10) 女性の方に伺います。○を付けてください。（妊娠中 ・ 授乳中 ・ 該当しない）