

# 問 診 票

受付日

フリガナ			
氏 名			男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月 日生 ( 才)
現 住 所	〒		
自宅電話		携帯電話	

1. どこが痛まれますか？ (症状・部位及び原因がわかれば簡単にお書き下さい)

( )

2. ◇ 交通事故ですか？ はい ・ いいえ

◇ お仕事中的おケガですか？ はい ・ いいえ

3. 今までに身体に合わない薬、注射がありましたか？

・ な い

・ あ る → ペニシリン ・ ピリン (かぜ薬) ・ 局所麻酔注射  
造影剤 ・ その他 ( )

4. 現在服用している薬がありますか？

・ な い

・ あ る → (診察の時に医師に見せて下さい。)

5. 〈女性のみ〉

現在妊娠していますか？ その疑いがありますか？ (生理が遅れている)  
又は、授乳中ですか？

・ い い え

・ は い

・ 授 乳 中

小池整形外科