

# 明海クリニック 外科・整形外科問診票

受診日 年 月 日

ふりがな

お名前

生年月日 明大昭平 年 月 日 年齢 歳

〒

男性 女性

住所

自宅電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

診療を円滑にするために、お分かりになる範囲で、次の質問にお答えください。

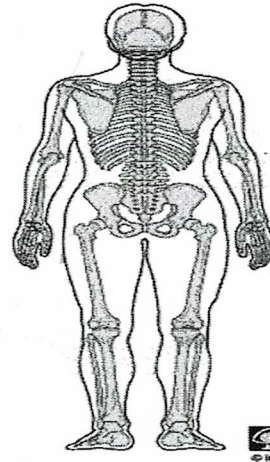
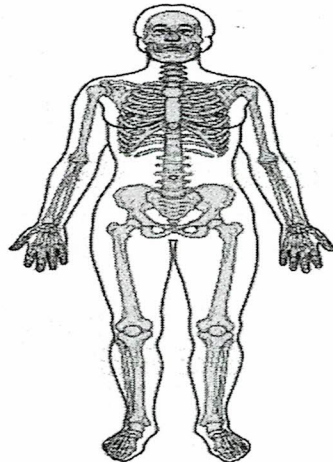
1. 今日はどうなさいましたか？あてはまるものにチェックしてください。

痛い しびれる おもい こる つっぱる はれている 動きが悪い

その他( \_\_\_\_\_ )

2. それはどこですか？下の図に○をつけてください。

## ■全身と各部位



© 1994-1996 050031

3. いつごろからですか？( \_\_\_\_\_ )

4. 原因として思い当たることはありますか？( \_\_\_\_\_ )

5. 同じ症状で治療を受けたことはありますか？

ない ある (医療機関名: \_\_\_\_\_ )

6. 今までに大きな病気・手術・ケガをしたことがありますか？

ない ある (病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 月頃))

7. 現在治療中の病気はありますか？

ない ある (病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 月頃))

(内服薬: \_\_\_\_\_ )

8. 抗凝固剤(血をさらさらにする薬)の服用

ない ある

有と答えた方 (病名:不整脈・心筋梗塞・脳梗塞・その他 \_\_\_\_\_ )

(薬の名前: \_\_\_\_\_ )

9. お薬のアレルギーはありますか？

ない ある (薬剤名: \_\_\_\_\_ )

10. その他 身長( \_\_\_\_\_ cm) 体重( \_\_\_\_\_ kg)

タバコ: 吸わない 吸う( \_\_\_\_\_ 本/日で \_\_\_\_\_ 年間)

晩酌: しない する (1日 \_\_\_\_\_ 合/杯 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 回)

11. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？

ない ある (最終生理日は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間)

記入がすみしたら、受付にお渡しください。