XP済	S～

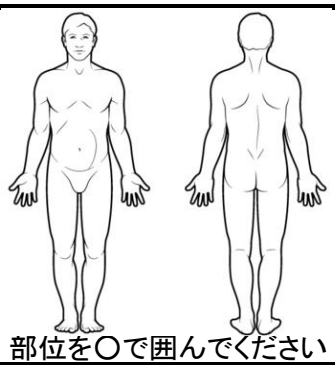
つちはら整形外科クリニック

再来問診票

スキャナ

令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年　月　日（　才）
お名前					

どうなさいましたか	☐ 痛み　☐ はれ　☐ しびれ　☐ 動かない ☐ 変形　☐ しこり　☐ 感覚が鈍い　☐ 違和感がある ☐ 歩行困難　☐ 骨粗しょう症が気になる ☐ その他（　）	 部位を〇で囲んでください
それはいつからですか	☐本日　☐昨日　☐(　)年(　)月(　)日頃	
考えられるきっかけは何ですか	☐ 仕事中・通勤中のけが ☐ スポーツ（　） ☐ その他　（　） ☐ はっきりとした原因不明	
この症状で他院を受診しましたか	☐ 受診していない　☐ 以前受診した　☐ 今も受診している 病院・医院名（　）	
交通事故の場合	事故発生時刻	年　月　日　時　分頃
自費診療希望の方	☐ プラセンタ　☐ パーソナルトレーニング ☐ にんにく注射 ☐ インディバ	
前回受診時の症状はどうですか	☐ 調子が良い　☐もう一度診察してほしい	
今までにかかった病気や受けた手術、現在治療している疾患はありますか	☐ はい　☐ いいえ	
上記で「はい」と答えた方は詳細を選択してください	☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 胃・十二指腸潰瘍　☐ 心臓病　☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病　☐ 脳梗塞／脳卒中　☐ 喘息　☐ 痛風　☐ 癌・悪性腫瘍（　） ☐ 心療内科疾患（　）　☐ その他（　） 手術名（　）　いつ頃(　)	
薬を飲んでいますか	☐ はい（　）　☐ いいえ	
薬や食べ物にアレルギーはありますか	☐ はい（原因：　）　☐ いいえ	
注射で具合が悪くなったことがありますか	☐ はい（症状：　）　☐ いいえ	
妊娠中または授乳中ですか（女性のみ）	☐ 妊娠中（　週　日）　☐ 授乳中　☐ いいえ　☐わからない	
身体の中にペースメーカー、プレートなどの金属が入っていますか	☐ はい（　）　☐ いいえ	