西岡第一病院　整形外科　問診票

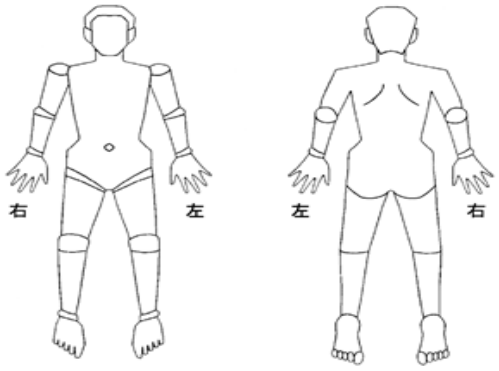
お名前（カタカナで書いてください）

生年月日
T･S･H･R　　年　　月　　日生　　才

□仕事外　□労･公災
□自賠（事故日　／　　軒目）
□診断書必要

希望医師

痛い部位を〇で囲んでください



① どのような症状ですか
□ 痛み　□ はれている　□熱感
□ 傷　□ 力が入りにくい　□ しびれ
□ その他(　　)

② いつからの症状ですか
年　　月　　日ころ

③ 症状を発症したきっかけに当てはまるものすべてに ☑ してください
□ スポーツ中　□ 仕事中　□ 転倒･転落　□ 生活動作の最中　□ 交通事故
□ その他　※詳細をわかる範囲でご記入ください
[　　]

④ この症状で治療を受けるのは　□ 初めて　□ 以前当院で同じ患部治療した
□ 他院を受診した　（紹介状　ある　・　ない　）
（画像持参　ある　・　ない　）

⑤ 治療している病気はありますか（過去に治療し現在は完治しているものも含めて）
□ なし　□ 高血圧　□ 心臓病　□ 脳疾患　□ 喘息　□ 肝臓病
□ 肺疾患　□ 糖尿病　□上記以外(　　)

⑥ 現在お薬は飲んでいますか　□ いいえ　□ はい

⑦ 手術歴はありますか　□ なし　□ あり(　　)

⑧ ご要望はありますか（　　）

---

⑨ アレルギーはありますか
□ なし　□ わからない　□ アルコール製剤　□ 薬(　　)　□ 金属　□ ヨード
□ 食べ物(　　)　□ ラテックス　□その他(　　)

⑩ 女性の方にお聞きします　□ 妊娠していない　□ 妊娠している　□ どちらともいえない
□ 授乳中

＊さしつかえなければご回答ください＊
【現在行っているスポーツ:　　】【所属しているチーム、学校:　　】【職業:　　】
【来院のきっかけ: ①紹介(学校 ・ 他病院 ・ 知人)　②近所　③新聞･インターネット 】

＊個人情報に関して＊
診療内容のお問い合わせに関して、話しても良い方のお名前をご記載下さい。
なお、未成年者は保護者のお名前をご記載下さい。
[　　]

西岡第一病院　内科　問診票

お名前（カタカナで書いてください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日
T･S･H･R　　年　　月　　日生　　才

① いつからどのような症状がありますか
　　年　　月　　日頃より
☐発熱･････････最近海外旅行をされましたか（ はい ・ いいえ ）

☐頭痛　☐のどの痛み　☐咳　☐鼻水　☐下痢　☐腹痛　☐嘔吐
☐嘔気　☐胸痛　☐不整脈　☐息切れ　☐むくみ
☐その他

② 水分はとれていますか　（ はい ・ いいえ ）
③ 食事はとれていますか　（ はい ・ いいえ ）

④ 現在治療している病気はありますか（ はい ・ いいえ ）
☐ 心臓病　☐ 脳疾患　☐ 糖尿病
☐ 高血圧　☐ 胆･肝･膵疾患　☐ 肺疾患
☐ 喘息
☐ その他の病気

⑤ その病気はいつから、どこの病院にかかっていますか

⑥ アレルギーはありますか
☐ なし　☐わからない　☐アルコール製剤　☐ 薬(　　)
☐食べ物(　　)　☐金属　☐ラテックス　☐その他

⑦ 女性の方にお聞きします　☐ 妊娠していない　☐ 妊娠している
☐ どちらともいえない　☐授乳中

---

*個人情報に関して＊
診療内容のお問い合わせに関して、話しても良い方のお名前をご記載ください。
なお、未成年者は保護者のお名前をご記載ください
(　　)