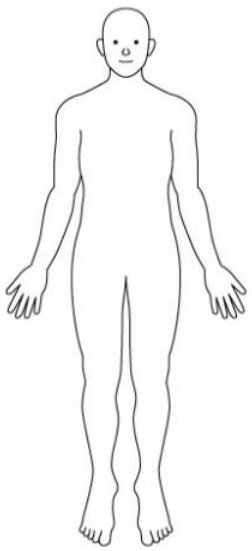
YOC 行橋整形外科

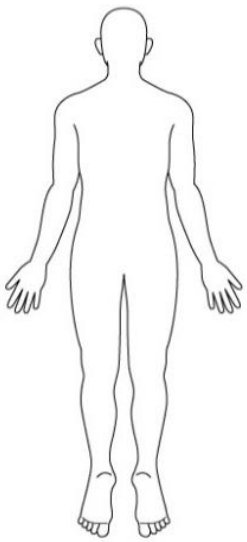
ID:　　令和　　年　　月　　日

ふりがな		男　・　女	生年月日
お名前		歳	大・昭・平・令　　年　　月　　日
ご住所	〒　　－	自宅電話	－　　－
		携帯電話	－　　－

■症状があるのはどこですか？



前



後

■どのような症状ですか？

□痛い　□しびれる　□つっぱる
□腫れている　□動きが悪い　□音がする
□力が入らない　□形がおかしい　□重たい
□けがをした　□交通事故
□学校のけが　□仕事中のけが（労災）
□その他

■いつ頃からですか？

（　　）頃から

■紹介状をお持ちですか？

□はい　□いいえ

■既往歴	□喘　息(　　歳頃)　□高血圧（　　歳頃)　□糖尿病(　　歳頃) □心臓病(　　歳頃)　□その他(病名：　　歳頃)
■内服薬	□なし　□あり　※お薬手帳をお持ちの方はお出しください。 （　　）
■手術歴	□なし　□あり　（　　歳ごろ　　手術） □ペースメーカー　□金属（ボルト、ステントなど）　□人工関節
■介護保険証	□介護認定なし　□介護認定あり　※介護保険証をお持ちの方はお出しください。
■アレルギー	薬品・食べ物・その他　□なし　□あり（　　）
■たばこ	□吸わない　□吸う　□過去に吸っていた
■アルコール	□飲まない　□飲む（種類：　　1回　　杯、□毎日　□時々　□月2~3回）
■女性の方	□妊娠中　□妊娠していない　□授乳中

■家族の既往歴	□高血圧（父・母・兄弟）　□心臓病（父・母・兄弟）　□高脂血症（父・母・兄弟） □癌（父・母・兄弟）　□脳卒中（父・母・兄弟）　□骨折（父・母・兄弟） □腎臓病（父・母・兄弟）　□不明

お薬の処方について

薬の処方があった場合、当院の問診票と調剤薬局での問診票を兼用してよろしいでしょうか？
□はい　□いいえ　（ただし、調剤薬局によっては新たに問診票の記入を依頼される場合があります）

当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

□インターネット検索　□家族が受診している　□家が近い　□家族や親戚に聞いて
□友人に聞いて　□ホームページ　□看板　□医療機関からの紹介　□職場の紹介　□その他（　　）