

再来新患問診票（整形外科）

年 月 日

No.

フリガナ		介護保険 有・無	
氏名		身長 _____ cm	
		体重 _____ kg	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳		
① 症状のある部位に印をつけてください			
② いつからですか? _____ 頃			
③ スポーツをされている方へ 種目: _____ ポジション: _____ 所属名(学校、チームなど): _____			
④ 妊娠の有無 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明			
⑤ 症状の原因・きっかけはなんですか? 状況をくわしくお書きください <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> その他 _____ _____			
⑥ 症状をくわしくお書きください <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> その他 _____ _____			

再来新患問診票（整形外科）

年 月 日

No.

フリガナ		介護保険 有・無	
氏名		身長 _____ cm	
		体重 _____ kg	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳		
① 症状のある部位に印をつけてください			
② いつからですか? _____ 頃			
③ スポーツをされている方へ 種目: _____ ポジション: _____ 所属名(学校、チームなど): _____			
④ 妊娠の有無 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明			
⑤ 症状の原因・きっかけはなんですか? 状況をくわしくお書きください <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> その他 _____ _____			
⑥ 症状をくわしくお書きください <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> その他 _____ _____			