

問診票 (整形外科)

Date: _____

カルテNo _____

フリガナ		性別	生年	大正・昭和・平成・令和・西暦
氏名		男・女	月日	年 月 日 歳
住所	〒 _____			
電話		携帯電話		
身長		本日の	最高	/最低
体重	cm	kg	血圧/脈拍	/脈拍

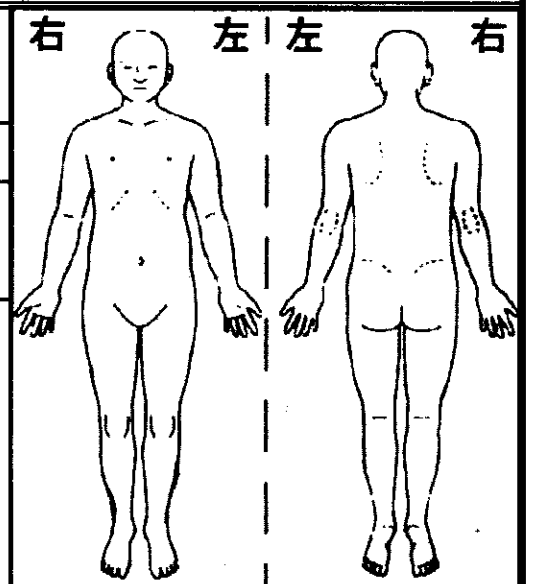
びわじま整形外科にかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	現在、介護保険をご利用ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

① 症状はどの場所ですか？
※症状のある場所に印をつけてください →

② いつからですか？

③ どのような症状ですか？
 痛い しびれる 腫れ その他

④ 症状の原因・きっかけはなんですか？
症状をくわしくお書きください



交通事故 事故日： 年 月 日

仕事中 受傷日： 年 月 日

 勤務先： 勤務先電話番号： _____

医師への質問等

裏面もご記入ください