

西牧整形外科クリニック問診表

(年 月 日)

フリガナ		性別	(男 ・ 女)
氏名		生年月日	(明・大・昭・平・令) 年 月 日
職業		血液型	型
身長	, cm	体重	, kg

① 本日は、どのような症状で来院されましたか？

いつから ()

体のどこが ()

原因は ()

どのような症状ですか

痛み しびれ 腫れ その他 ()

② 現在、他院で治療中の病気はありますか？

はい いいえ

病名・症状 ()

病院名 ()

服薬中の薬 () お薬手帳はお持ちですか？ はい ・ いいえ

③ 過去に手術を受けたことはありますか？

はい いいえ

いつ頃 (年 月頃)

病名 ()

病院名 ()

④ 薬や食物で、蕁麻疹などのアレルギーが出たことはありますか？

はい いいえ

薬・食物名 ()

⑤ 胃潰瘍・胸やけ等、胃は弱い方ですか？

はい いいえ

⑥ 嗜好品はありますか？

はい いいえ

アルコール類 <日本酒・ビール・焼酎・その他 () 1日 _____ 合・ml>

休肝日はありますか？ (1週間に _____ 日) (1ヶ月に _____ 日)

たばこ <1日 _____ 本 _____ 年間>

⑦ 女性の方にお伺いします。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

はい (ヶ月) いいえ

⑧ 当院を知られたきっかけが、あればお教え下さい。

以前から知っていた その他 ()

※問診表を提出された患者様は、10分休んだ後、
待ち合いの自動血圧計で測定後、レシートをお持ちになってお待ち下さい。