

# 内野整形外科クリニック 問診票

年 月 日

フリガナ:

お名前:

男 / 女

生年月日: T・S・H・R 年 月 日

郵便番号:

住所:

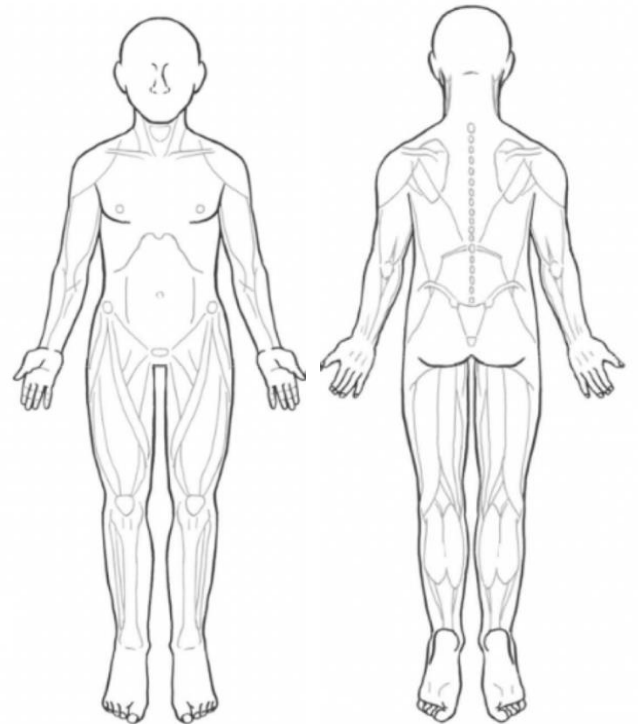
電話番号:

①本日は、どのような症状で来られましたか？

- 1) 痛み      2) しびれ      3) その他

②部位はどこですか？

(右図にご記入ください)



③その症状はいつからですか？

④原因はありますか？

(転んだ、ぶつけた、交通事故、仕事中のケガなど)

⑤今までに大きな怪我や病気はありますか？

- 1) なし    2) あり

( )

⑥現在、内服している薬はありますか？

- 1) なし    2) あり

( )

⑦女性の方で、現在妊娠の可能性はありますか？

- 1) なし    2) あり    3) 不明

受付・診察の状況により、受付順と診察が多少前後することがあります。  
御了承頂きますようお願い致します。