

問診票（成人用）

小児整形・整形外科 きたのクリニック

記入日 年 月 日

お名前() フリガナ() (男・女) 年齢 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg

緊急連絡先 () 続柄()

以下のご記入をお願いいたします

	質問	回答欄	
Q1	発熱していますか	<input type="checkbox"/> してない	<input type="checkbox"/> している (_____ °C)
Q2	本日の受診理由		
Q3	部位		
Q4	いつごろから		
Q5	きっかけ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (_____)
Q6	今回のことでの他病院での受診されましたか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある 施設名(_____) 病名(_____) 診察日(_____)
Q7	同じ疾患、外傷に対して既に治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている(_____)
Q8	過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(_____)
Q9	薬や食べものなどによるアレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(_____)
Q10	現在のスポーツ活動	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある いつから (_____) 種目(_____)
Q11	現在のご職業	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある いつから (_____) 職種(_____)
Q12	ご兄弟・姉妹、両親、親戚の方に同じ症状の方や骨・関節疾患の方	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる どなたが(_____) 病状または病名(_____)
Q13	女性の方へ：現在妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

以下は分かる範囲でお書きください

Q14	小児期の記録	出生時の異常 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____) 小児期の骨関節疾患 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (_____)
-----	--------	---

個人情報は診療の目的だけに使用いたします