

くろや整形外科医院 問診票

※交通事故／労災の方はお申し出ください

(労災の方は健康保険が使えません、詳しくは受付にお声がけください)

【来院目的】 あてはまるものがあれば○をつけてください

- ・ 保険診療
- ・ 工作中的怪我 / 交通事故
- ・ 自由診療 (巻き爪 ピアス PRP 療法 AGA 改善薬 ED 診療 予防接種)

自由診療をご希望の方は、④の質問からお答えください

その他の来院目的の方は下記すべての質問にお答えください

① 具体的にどのような症状ですか？

()

② いつ頃からですか？ () 症状のある部位に○を付けてください

③ 介護認定を受けていますか？ はい いいえ

※介護保険証をお持ちの方は受付でご提示をお願いします

④ 治療中の病気、または過去にかかった病気はありますか？

はい いいえ

→ 高血圧 脂質異常症 糖尿病 心臓疾患 痛風

花粉症 その他 ()

⑤ 現在飲んでいる薬はありますか？ はい いいえ

本日、お薬手帳をお持ちでない方は記入をお願いします

(その薬名)

※お薬手帳をお持ちの方は受付でご提示をお願いします

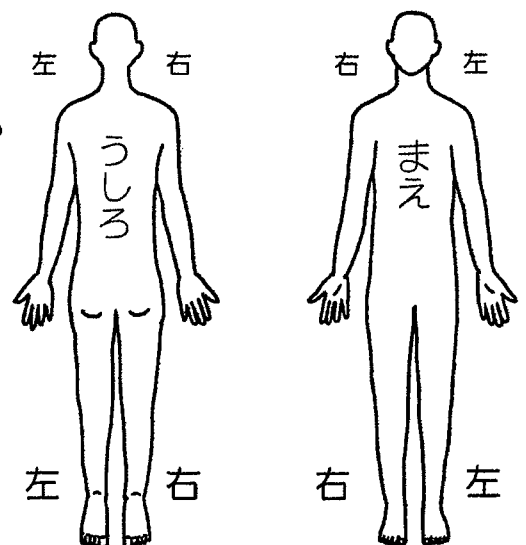
⑥ お薬・食べ物でアレルギーが出た事がありますか？

はい いいえ (その品名)

⑦ 貼り薬・塗り薬でかぶれた事がありますか？

はい いいえ (その薬名)

⑧ 妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ ⑨ 授乳中ですか？ はい いいえ



ふりがな		男 ・ 女	生年	大正	昭和	平成	令和
お名前			月日	年 月 日			
電話番号	() -		住所	〒			
携帯番号	() -						