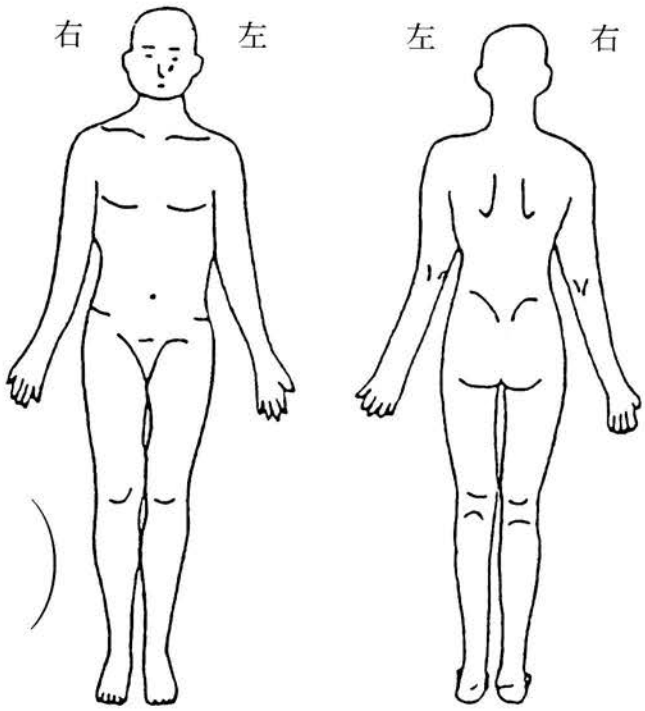
問　診　票

No.　　氏名

1. いつごろから、どのような症状がありますか。

○いつごろから　　年　　月　　日

○悪い所を右の図に○印して下さい。



○どのような症状ですか。

○痛　い

○しびれる

○その他

(　　)

2. いままで何か病気にかかったり、手術をうけたことがありますか。

○　は　い　　いいえ

○どのような病気ですか。

(当院で手術を受けたことはありますか。
は　い　　いいえ)

3. 現在なにか他の病気で治療をうけていますか。

○　は　い　　いいえ

○どのような病気ですか。

高血圧　　心臓病　　脳卒中　　肝臓病　　腎臓病

糖尿病　　痛　風　　リウマチ

その他　(　　)

4. 投薬をうけていますか。

○　は　い　　いいえ

5. アレルギー体質ですか。

○　は　い　　いいえ

○どのようなアレルギーですか。

じん麻疹　　喘息　　薬アレルギー（薬剤名：　　）

その他

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠の可能性はありますか。

有　　無

大分整形外科病院