

# 整形問診票

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 本日の症状で他医療機関に受診されたことがありますか。

あり 病名・症状

なし

2. 本日はどうされましたか？

3. それは いつからですか？

4. きっかけはありますか？

5. 現在治療中の病気があればお答えください

糖尿病 心臓病 (狭心症・不整脈など) 脳梗塞 喘息

その他 ( )

6. これまでにけがや病気で手術を受けたことがあればお答えください

7. 女性の方へ レントゲンを撮る時の参考にさせていただきます。

妊娠の可能性はありますか？ あり なし