

| 問 診 票 |     | 湯 山 整 形 外 科 |                  | 年                               | 月   | 日 |
|-------|-----|-------------|------------------|---------------------------------|-----|---|
| フリガナ  |     | 性別          | 生 年 月 日          |                                 | 年 齢 |   |
| 氏 名   |     | 男<br>女      | 大・昭・平・令<br>年 月 日 |                                 | 才   |   |
| 住 所   | 〒 - |             |                  | 身長                              | cm  |   |
|       |     |             |                  | 体重                              | kg  |   |
| 電話番号  | - - |             |                  | ※65歳以上の方はご記入ください<br>介護認定： 未 ・ 済 |     |   |

・どのような症状で来院されましたか？ 症状があるところに○印をつけてください

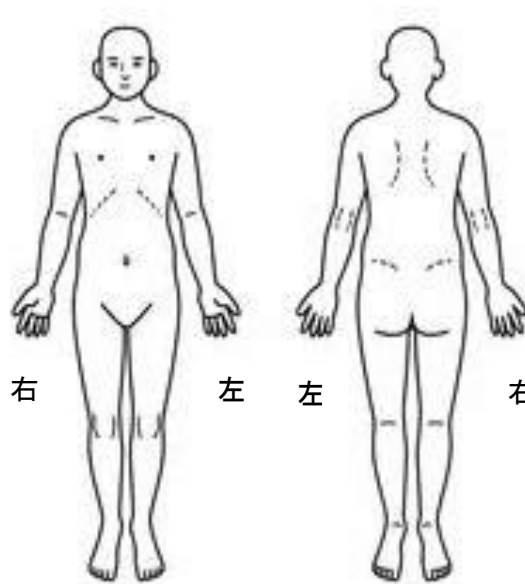
（  
）

・それはいつからですか？

（  
）

・原因はありますか？  
いいえ  
はい・労災・交通事故(受傷日： 月 日)

・その他（  
）



この症状で他の病院を受診されていますか？

はい（医療機関名： ） ・ いいえ

今までにかかった病気やケガはありますか？

無 ・ 有 … 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳疾患  
喘息 ・ がん ・ その他（ ）

現在飲んでいるお薬はありますか？ 無 ・ 有（ ）

|              |                  |
|--------------|------------------|
| お薬手帳はお持ちですか？ | アレルギーはありますか？ 無・有 |
| 無 ・ 有        | 薬剤：（ ）<br>食品：（ ） |

|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| 希望される項目          | 女性の方はご記入ください         |
| MRI検査・骨密度検査・リハビリ | 妊娠中ですか？ いいえ・はい …（ 月） |

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。