

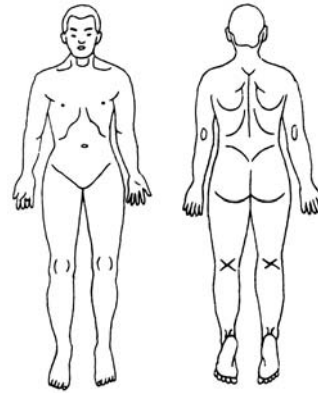
# 病気の質問表

記入日 年 月 日

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日 生まれ 性別 男・女  
住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ スポーツ歴 \_\_\_\_\_

この質問表は病気を治すための大切な資料となります。差し支えない範囲で、ありのままをお書きください。秘密はかたくお守りいたします。

- 1) 今日はどこが悪くて来院されましたか？  
(お困りのこと・具体的症状・程度・頻度などもお書きください)  
右の絵に該当するところをマルで囲っていた  
だいてもよいです。



- 2) いつ頃から症状が現われましたか？また、その原因となるような出来事はありましたか？

- 3) この病気で、どこで、どんな診断や治療を受けましたか？その効果はどうでしたか？  
(どこで) (どんな診断) (どんな治療) (治療の効果)

- 4) 診察を円滑に進めるために、先にレントゲンをお撮りする事がありますが、よろしいでしょうか？  
(よい・よくない)

- 5) 今までにかかったことのある病気・治療中の病気を教えてください。  
なし・高血圧・糖尿病・高脂血症・脳疾患・ペースメーカーの移植手術・腎臓病・肝臓病・肝炎  
胃十二指腸潰瘍・喘息・リウマチ・アレルギー疾患  
その他の病気 ( )・手術歴 ( )  
飲んでいる薬があればお書きください。( )  
お薬手帳をお示しくださってもよろしいです。

- 6) 薬・注射・点滴・麻酔・造影剤などの治療で具合が悪くなったり、アレルギーの症状が出たことはありますか？(ない・ある)  
ある場合、どのような治療か薬剤名なども覚えている範囲で教えてください。  
( )

- 7) 女性の方で、現在妊娠しているもしくは可能性がありますか？(はい・いいえ)

- 8) 骨粗鬆症について、気になる → 検査を希望する 検査を希望しない  
気にならない

- 9) 治療や検査についてご希望やご相談がありましたら、お書きください。

こしお整形外科クリニック