

ひじかた整形外科 問診票

記入日 年 月 日

フガナ

患者さまのお名前 _____

生年月日：T・S・H 年 月 日 性別： 男 ・ 女

身長： _____ cm (測定日： _____ 頃) 体重： _____ kg (測定日： _____ 頃)

※住所・電話番号は前回以降変更のある方のみご記入ください。

住所 〒 _____

TEL：自宅 _____ 携帯 _____

① いつ頃からどんな症状ですか？

部位	原因	症状

② 今までにリハビリを行った事がありますか？

いいえ ・ はい → いつ頃ですか？

③ 前回以降に病気、入院、手術をしたことがありますか (いつ頃?)

病歴

入院、手術

④ 内服している薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方は、ご提示ください。

いいえ ・ はい → 薬品名

⑤ 薬や食べ物 (その他) でアレルギーがでたことがありますか？

いいえ ・ はい → 原因と症状

⑥ 現在、妊娠している可能性はありますか？

いいえ ・ はい

現在、授乳中ですか いいえ ・ はい

◆◆ 65歳以上の方へ ◆◆

⑦ 介護保険被保険者証をお持ちですか？

もっている ・ もっていない ・ 不明

⑧ 要介護・要支援の認定を受けていますか？

受けていない・受けている

※デイサービス・デイケア・その他のサービス (タクシーチケットなど) 含む