

整形外科 [再診問診票] R 年 月 日

ID:	氏名:
学校名:	年生 部活:
(安全会・労災・自賠責)	

■部位と症状:

■いつから:

■原因:

■症状が出る動作:

■今回の症状で他の病院などを受診されましたか? (はい・いいえ)

病院名: 受診日: 診断名:

検査内容: お薬の内容:

■前回の受診以降、大きな病気や手術をされましたか? (はい・いいえ)

疾患名: 病院名: 実施日:

疾患名: 病院名: 実施日:

■現在服用中のお薬はありますか? (はい・いいえ)

「はい」の方…お薬手帳または薬剤情報をご用意ください
お持ちでない方 (薬剤名:)

こちらには記載しないでください