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：　　）

■ご希望される治療方法があればご記入ください

お薬 / 注射 / リハビリ / おまかせ / （　　）

こちらには記載しないでください