

整形外科 [再診 問診票] 20 年 月 日

ID:	氏名:
学校名:	年生 部活:
職業:	(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 / ()

今までにクリニックを受診されたことのある方は
こちらの問診票を印刷していただき
左の問診票に記載のうえ、ご持参ください

こちら側には記載しないでください