やじまトータルケアクリニック
内科・消化器内科・外科・整形外科・リハビリテーション科

問診表

外科・整形外科系

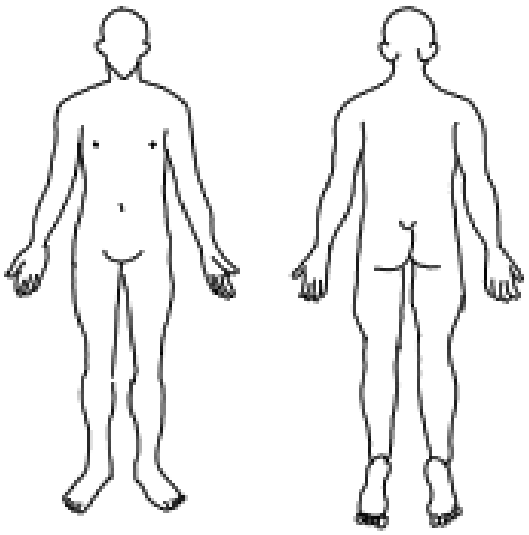
ふりがな	
名前	性別　男 ・ 女
生年月日　年　月　日	年齢　歳
住所　〒	
電話番号	携帯番号

○今日はどうなさいましたか？症状と症状のある部位に○（右図）をつけて下さい.

・痛み　・しびれ　・力がはいらない　・外傷　・切り傷
・脱腸（鼠径ヘルニア）　・肛門部の症状
・乳腺　・甲状腺　・その他（　　）

以下に該当しますか？

・労働災害　・交通事故　・スポーツ外傷



○症状はいつ頃からですか？

（　　）ごろ前から

○現在治療中の病気はありますか？又お薬は飲んでいますか？

いいえ　・　はい　（薬剤名　　）
お薬手帳　ない　・　ある　＊お薬手帳のある方は薬剤名を省略していただいて結構です.
病院名　（　　）

○今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？　ない　・　ある

病名　（　　）　手術　（　　）
病名　（　　）　手術　（　　）

○アレルギーはありますか？

薬物　ない　・　ある　（薬品名　　）
食物　ない　・　ある　（食物名　　）
その他のアレルギー（　　）

該当する方のみお答えください

・3 か月以内に海外への渡航歴はありますか？　いいえ　・　はい（場所　　）

女性の方のみお答えください

・妊娠されていますか？　いいえ　・可能性がある・　はい（　　週目）
・授乳中ですか？　いいえ　・はい

最後にアンケートにお答えください.　当院をどちらでお知りになりましたか？

・通りがかりや施設を直接見て　・ご家族や知人が通院中　・看板・広告など
・インターネット上（パソコンやスマートホン）　・他院から紹介　・その他

2020 年　5 月作成