

問 診 票

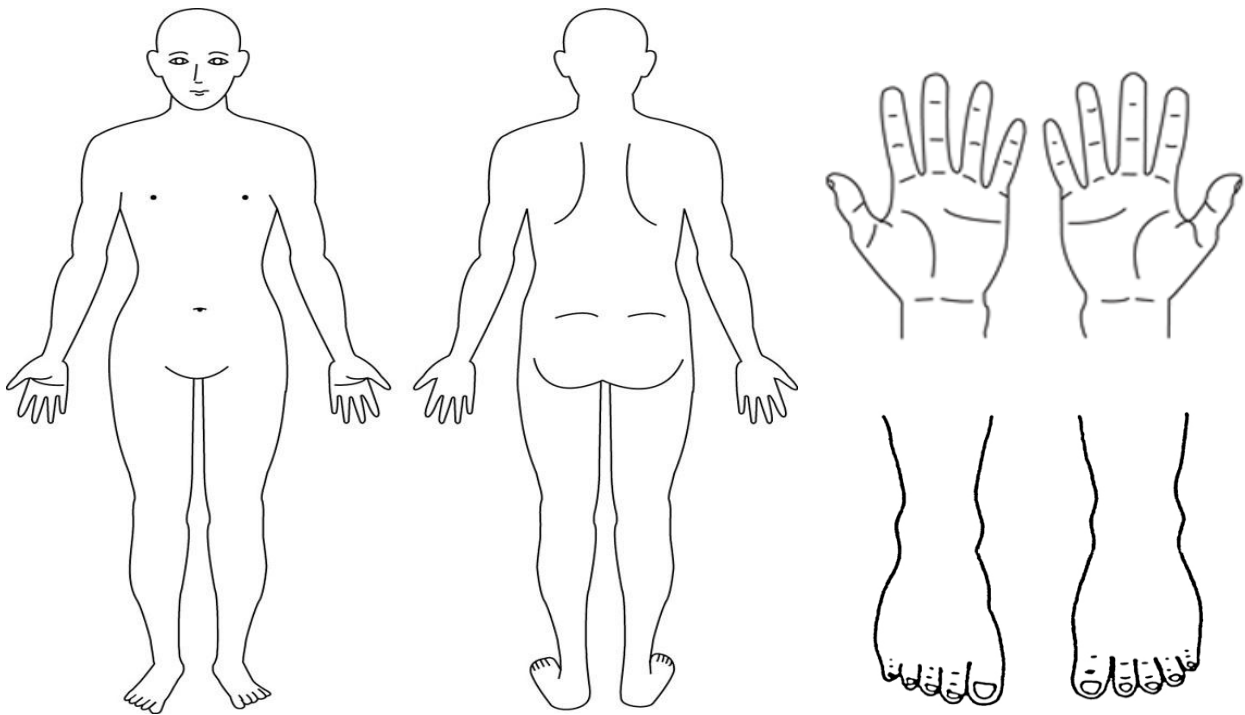
笹塚 RMC クリニック カルテ No. ()

フリガナ：	生年月日：西暦	年	月	日生	歳
氏名：	男・女	住所：〒			
保険証と同じ内容であれば記載を省略できます。		電話番号：			

●今日、診察を受けたいところはどこですか？下の図に○でしるしをつけてください。レントゲン検査を希望しない場合は△でしるしをつけてください。

(整形外科の診察は基本的にレントゲン検査が必要です。レントゲンは骨折の有無を見るだけのものではありません。靭帯断裂の有無や腫れ具合、骨の角度や、腫瘍性病変の有無なども確認できます。なお、リハビリ治療を希望される場合は、レントゲンは必ず必要になります。)

(診察室にはいってから部位の追加はできません。)



●いつから症状がありますか？なにか思い当たる原因はありますか？

おケガの場合：ケガした日付を書いてください。 月 日

おケガ以外の場合（○で囲んでください）： 1週間以内 ・ 1か月以内 ・ それ以上の期間

●現在治療中の病気があれば教えてください。

()

●薬（湿布類を含む）、食べ物類、アルコールなどアレルギーがあれば教えてください。

(おくすりの名前等)

●女性の方はチェックしてください。 授乳中（はい・いいえ） 妊娠の可能性（はい・いいえ）

※女性の方で「はい」の場合は、診察前に受付より確認事項がございます。