

こばやし整形外科問診票 (再診用)

※住所・電話番号は変更があった場合ご記入ください。

ID _____

氏名	フリガナ _____	電話番号	自宅	-	-
			携帯	-	-

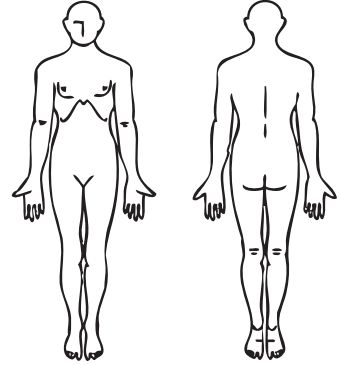
住所	〒 □□□□-□□□□	
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">都道 府県</td> <td style="text-align: center;">市区 郡</td> </tr> </table>	都道 府県
都道 府県	市区 郡	

1) いつからですか？ ※具合の悪いところに○をつけてください。

(年 月 日 頃)(小児の方 体重 Kg)

どんな症状がありますか？

[痛い・しびれる・重い・こる・つっぱる・腫れている・熱がある
切れている・だるい・ふらつく・その他()]



2) 原因はありますか？

3) 今回の病気・けがで他の病院の治療を受けたことがありますか？

ない ・ ある 病院名() ・ 治療内容()

4) 女性にお聞きします。授乳中または妊娠中、妊娠の疑いがありますか？

ない ・ 授乳中 ・ 妊娠中()週

5) 先生にお聞きしたいことがありましたら、ご記入下さい。