

# 古岡整形外科

## 問診票

年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_  
症状は何ですか？ 右・左

いつからですか？ 受傷日 (ケガの方)  
年 月 日

原因と思われる事はありますか？

今までに大きな病気をしましたか？  
いいえ はい (病名 ) (いつ頃 )

現在かかっている病気はありますか？  
いいえ はい (病名)

現在飲んでいる薬はありますか？  
いいえ はい (具体的に )

今までに薬を飲んで副作用をおこした事はありますか？  
いいえ はい (薬の名前 )

女性の方へ 現在妊娠の可能性はありますか？  
いいえ はい (妊娠 ヶ月)

現在授乳中ですか？  
いいえ はい