

みやざき整形外科問診票 (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	-	-

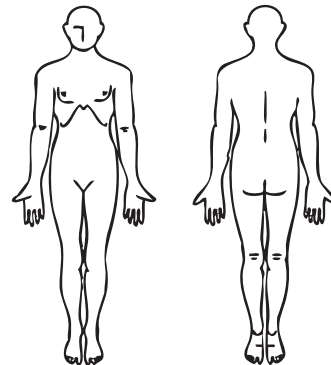
住所	〒 □□□□-□□□□	
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">都道 府県</td> <td style="text-align: center;">市区 郡</td> </tr> </table>	都道 府県
都道 府県	市区 郡	

**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。**