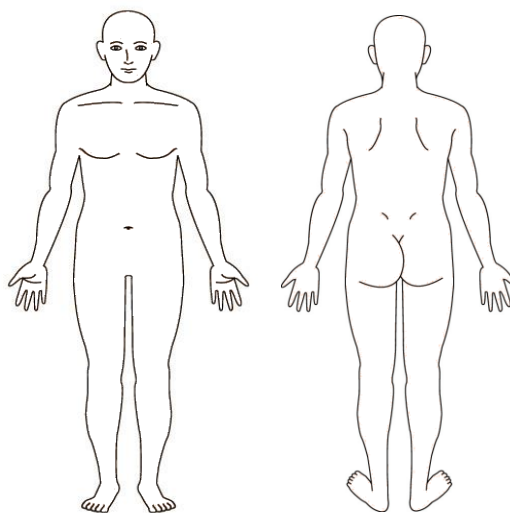


<整形外科 問診表>

Register Label

1. どのような症状で来院されましたか？

[]



2. 上記の症状はいつからですか？

[]

3. 思い当たるきっかけがありますか？

[]

4. 過去に何か治療を受けたことがありますか？

いいえ はい []

5. 現在、治療を受けていらっしゃいますか？

いいえ はい []

6. 薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい []

7. 現在妊娠中、または授乳中ですか？

いいえ はい

8. 喫煙の習慣はありますか？

いいえ はい

9. 聞き手はどちらですか？

右手 左手

10. 職種を教えてください。（例：事務職、営業、シェフなど）

[]

