

小児整形外科 問診表

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
		年齢	歳	か	月	

住所	〒
----	---

自宅電話		携帯電話	
------	--	------	--

体重	kg
----	----

身長	cm
----	----

体温	°C
----	----

薬・食物アレルギーがある場合は記載ください	
-----------------------	--

過去に大きな病気などの経験はありますか	
---------------------	--

1 診てもらいたい部位と症状をご記入ください。(部位は詳しくご記入ください)

2 症状はいつ頃からありますか？

3 検診や他院で指摘された内容があればご記入ください。

注：歩行時や気になる動きの動画がある場合は必ずスマホなどで撮影しお持ちください。

ご協力ありがとうございました。