平成　年　月　日

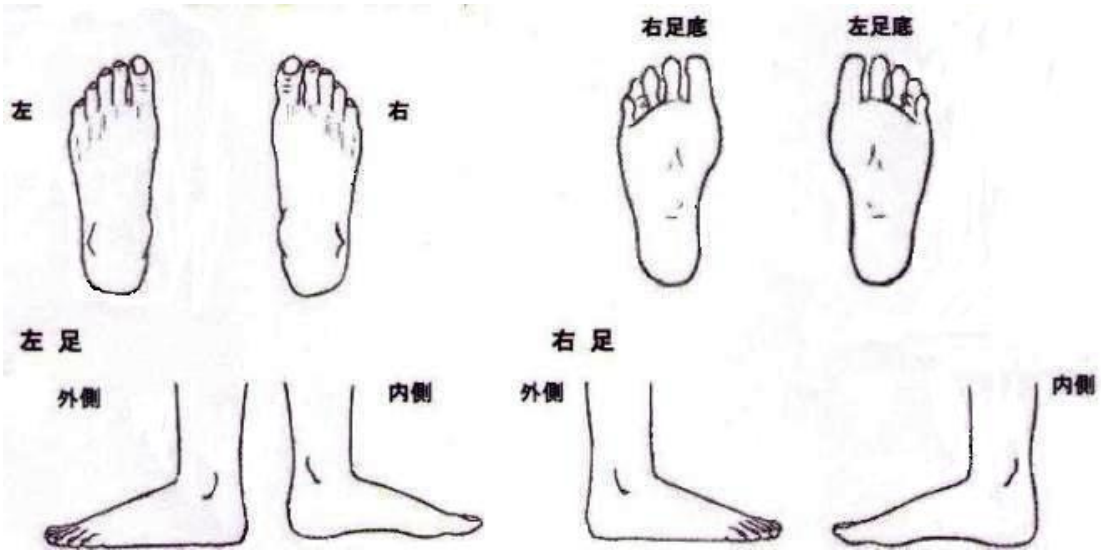
足の問診票

フリガナ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　＿＿才

身長	cm
体重	kg
職業	

◆ 症状のある部位に〇をつけて下さい。



◆ どのような症状ですか？
　痛み　　変形　　しびれ　　腫れている　　その他(　　)

◆ いつごろからですか？
　(　　)

◆ 思い当たる原因はありますか？
　(　　)

◆ 今までにこのことで治療を受けた事がありますか？
　はい　→いつごろ(　　)　内容(　　)
　いいえ

◆ 現在治療している病気がありますか？
　はい　→　糖尿病、心疾患、高血圧、喘息、脳血管障害、その他(　　)・ いいえ
　お薬(　　)

◆ 今までに足のけがや大きな病気、手術を受けた事がありますか？
　はい　→　内容:(　　)　・ いいえ

◆ お薬のアレルギーはありますか？
　はい　→　内容:(　　)　・ いいえ

◆ 現在、妊娠していますか？
　(　している　　していない　　わからない　)

◆ たばこは吸いますか？　　吸う(1 日　本)　　吸わない

◆ スポーツ歴　　(種目:　　期間:　　)

うさみ整形外科