問　診　表

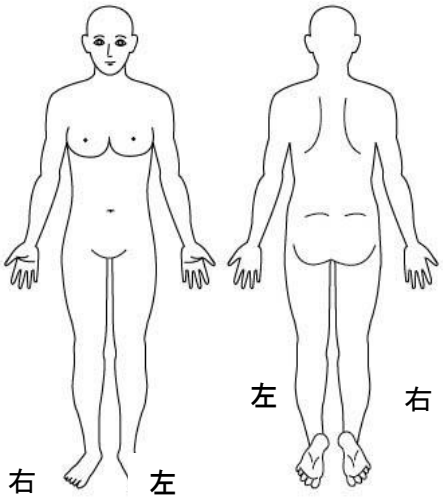
		記入日　令和　　年　　月　　日
フリガナ		TEL　自宅:
氏名	男 ・ 女	携帯電話　:
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	歳　　ヶ月
住所	〒　　－ 都 道 府 県　　市 郡	
メールアドレス	@	お仕事:

◎右のいずれかにチェックをお願いいたします。☐保険診療希望　☐交通事故で来院　☐労災使用希望　☐その他

1. 本日はどうなさいましたか？（〇を付けてください）

痛い　しびれる　腫れている
曲がらない　感覚が鈍い　こわばる
熱っぽい　赤くなっている　歩行困難
その他（　　）

2. 症状のあるところに〇を付けてください。 ⟶



3. その症状はいつからですか？

（　　）

4. 原因と思われることはありますか？

（　　）

5. 持病はございますか？

喘息　心疾患　肝疾患　腎臓病
糖尿病　高血圧　痛風　その他（　　）

6. 手術を受けたことはありますか？　・はい　・いいえ
どこの手術をされましたか？（　　）

7.現在、介護保険を使用していますか？　・はい　・いいえ

8.今までに骨粗鬆症の検査を受けたことがありますか？　・はい　・いいえ
はい の方:それはいつ頃検査されましたか？（　　頃）

9. 薬のアレルギーはありますか？　・はい（薬の名前:　　）　・いいえ

10. 女性の方へ　・妊娠の可能性はありますか？　・はい　・いいえ
・現在授乳中ですか？　・はい　・いいえ

11. 今までの整形外科治療で、疑問点や不安・不満な点があれば教えてください。

（　　）

12. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。（〇を付けてください・複数回答可）

（　）電話帳をみて　（　）看板をみて　（　）近所だから
（　）当院のホームページをみて　（　）チラシ・回覧板をみて
（　）家族・親族から聞いて　（　）友人・知人（氏名:　　）さんから聞いて
（　）他の医療機関で聞いて（紹介を含む）　（　）その他（　　）
（　）口コミサイトを見て➡どちらの口コミサイトを見られましたか？☐カルー　☐病院なび　☐E-PARK　☐Googleマップ
（　）インターネットで検索➡検索ワードをお書き下さい例:川越、整形外科（　　）

13.関節の痛みに治療効果が期待できる、再生医療にご興味ございますか？　・はい　・いいえ

14.当てはまる方はご回答ください。現在お膝に関してお困りのことがございますか？また、どのようになりたいですか？例:階段が辛い。注射したが効果が持続しない…今後旅行に行きたい。孫と散歩がしたい…など。

（　　）