

問 診 表

来院日 令和 3 年 月 日

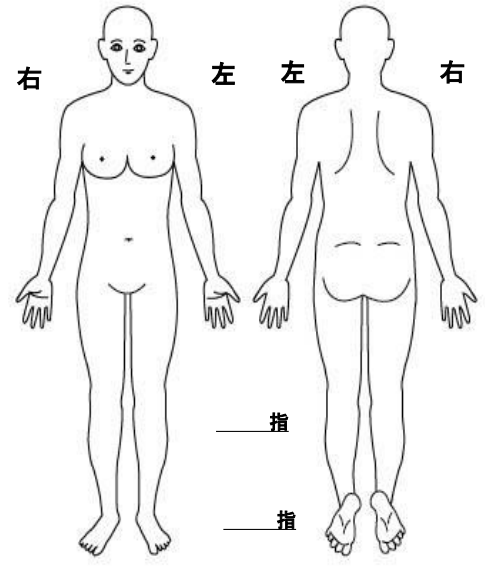
フリガナ			現在妊娠: 有 無 / 授乳中: 有 無
氏名	(歳 ヶ月)		携帯電話か自宅 :
生年月日	昭・平・令 年 月 日		男・女
住所	〒 - 都道 市区 府県 町郡		
メールアドレス	@		お仕事:

◎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

※ 現在介護保険は使用していますか? はい / いいえ

1. 本日はどうなさいましたか? (○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
 熱っぽい 赤くなっている こわばる 歩行困難
 その他 ()



2. 症状のあるところに○を付けてください。 症状が強い順に記入をお願いします
 またいつからその症状がありますか?

①部位:	いつから:
②部位:	いつから:
③部位:	いつから:

3. 原因と思われることはありますか?

4. 持病はございますか? (該当に○を付けてください) はい / いいえ

喘息 心疾患 脳疾患 腎臓病 緑内障 糖尿病 高血圧 精神疾患 その他()
 (HbA1c:)

5. 現在他院で処方されたお薬はありますか? はい (はいの方はお薬手帳をご提示下さい) / いいえ

6. 手術を受けたことはありますか? はい (部位: 時期:) / いいえ

7. 薬または食べ物アレルギーはありますか? はい (薬・食べ物:) / いいえ

8. ・現在使用しているサプリメントはありますか? はい (商品名:) / いいえ
 ・医療機関専用サプリメントに興味はありますか? はい / いいえ / 合うものがあれば / よくわからない

9. 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 (時期: 頃) / いいえ

10. 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。

11. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。(○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 ()新聞・広告をみて
- ()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 病院ナビ 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 ()

12. 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