

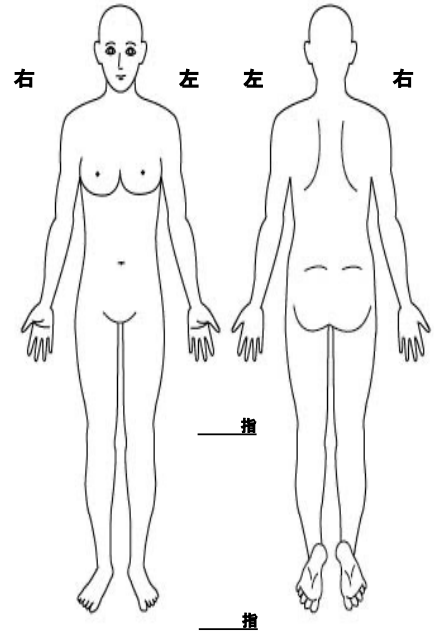
問 診 表

フリガナ		来院日 令和 3 年 月 日
氏名	(歳 ヶ月)	現在妊娠: 有 無 / 授乳中: 有 無
生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
住所	〒 - 都道 市区 府県 町郡	
電話番号	自宅:	携帯:
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。 <input type="checkbox"/> 保険診療希望 <input type="checkbox"/> 交通事故で来院 <input type="checkbox"/> 労災使用希望 <input type="checkbox"/> 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。
 またいつからその症状がありますか?

部位:	いつから:
部位:	いつから:
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 (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. 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

⑨. 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。

例)レントゲンを撮って薬をもらっただけでちゃんとした説明がなかった。

※裏面もご記入下さい

⑩. 治療の希望(○をつけてください・複数回答可)

1. 料金に関わらず自分に合った最高の治療を行いたい
2. 保険診療内での治療を行いたい
3. 再生医療を行いたい
4. 栄養療法を行いたい
5. リハビリで運動・ストレッチ・マッサージを行いたい
6. 骨粗鬆症治療を行いたい
7. 薬は使いたくない
8. よくわからないので教えて欲しい
9. その他()

⑪. 興味がある治療(○をつけてください・複数回答可)

1. 再生医療(関節の痛みの治療)
2. 栄養療法
3. 骨粗鬆症
4. リハビリ
5. その他()

⑫. 高品質医療用サプリメントに興味はありますか？

1. はい
2. 自分に合うものがあれば
3. よくわからない
4. いいえ

また、現在使用している(以前使用していた)サプリメントはありますか？

はい(商品名又は栄養素) / いいえ

⑬. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。(1つ○をつけて下さい)

1. インターネットで検索してホームページを見た→検索ワードをお書き下さい
例:川越 整形外科 ()
2. 家族・親族からの紹介
3. 知人からの紹介 紹介者氏名:()
4. クリニックの前を通りかかって
5. Googleマップを見て
6. 他院からの紹介
7. 看板を見て
8. テレビや雑誌を見て
9. 口コミサイトを見て(どのサイトでしょうか: 病院ナビ EPARK Caloo)
10. その他()

⑭. 当院に来る決め手となったきっかけを教えてください。(○をつけて下さい・複数回答可)

1. ホームページを見て
2. 家族・親族からの紹介
3. 知人からの紹介 紹介者氏名:()
何を勧められましたか? 先生の診察 受付の対応 看護師の対応 リハビリの対応
クリニック雰囲気 行きやすさ 治療結果
その他()
4. Googleの口コミを見て
5. 他院から紹介されたから
6. 通院しやすい距離だから(近い/近くに用事がある)
7. 駐車場があったから
8. テレビや雑誌で見たことがあったから
9. その他()

ご協力ありがとうございました。
ご記入が終わりましたらお手数ですが受付までお持ちください。