

問 診 表

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

◎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. 当院に来院し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)

ホームページを見て 家族・親戚からの紹介 知人からの紹介 紹介者氏名:()

Googleの口コミを見て 他院からの紹介 通院しやすい距離だから 駐車場があったから

テレビや雑誌で見たことがあったから その他()

2. インターネットでの検索ワードを教えてください。(例)川越 整形外科

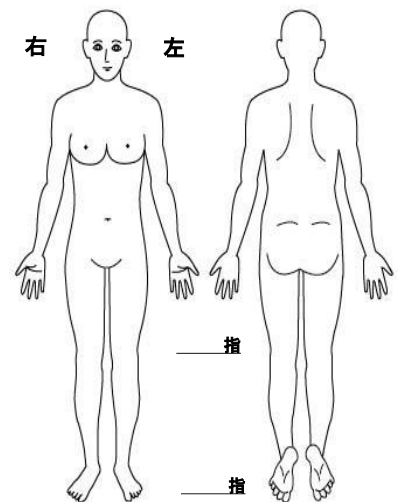
() Google Yahoo! その他()

3.. 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 歩行困難 こわばる 赤くなっている

その他 ()



4. 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? 症状が強い順に記入をお願いします

①部位:	いつから:
②部位:	いつから:
③部位:	いつから:

5. 原因と思われることはありますか?

6. 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(HbA1c:) 高血圧 精神疾患 その他()

7. 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

8. 手術を受けたことはありますか? はい(部位: 時期:) / いいえ

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

10. 関節の痛みを改善する再生医療に興味はありますか? はい / わからない / いいえ

11. 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

12. 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

13. 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。

クリニックからのダイレクトメールの受け取りを拒否される方は に ✓ を入れてください。

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。