

整形外科 問診票 千和クリニック

記入日：令和 年 月 日

フリガナ	性別： 男 ・ 女 (満 歳)
氏名：	生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日

身長： cm, 体重： kg, 体温： , 血圧： / , 脈拍：

●本日は、どのような症状で来院されましたか？

痛む・しびれる・動かない・その他 ご記入下さい

[ ]

検診後の精密検査希望  他院からの紹介

●具合が悪いのはいつ頃からですか？（けがの場合は、受傷日）

年 月 日 時 分頃から

●原因として思い当たることはありますか？

自然に 仕事 交通事故

スポーツ（具体的に： ポジション： )

その他 ( )

●お仕事をしているかたは仕事内容を教えてください

[ ]

●他院で治療を受けましたか？ はい いいえ

病院の名前 ( )

●これまで、かかった病気や、 現在、治療中の病気について教えてください。

[ ]

●薬や食べ物のアレルギー、合わない薬や湿布があれば教えてください。

(無・有)

[ 有： ]

●ご希望の検査や治療があれば教えてください。

MRI検査 骨密度検査 注射 リハビリ 再生医療

●女性の方にお尋ねします。現在 妊娠している可能性がありますか？（無・有）

●当院を選んで頂いた理由

家族や知人のすすめ  看板をみて  ホームページをみて  他病院の紹介

家から近い  新聞・広告を見て  以前に来院した事がある

その他 ( )

診察を希望される部位に

下の絵に○をつけてください。

