

# 初めて診察を受けられる方へ

問診票(診断・治療の参考にしますので出来るだけ御記入ください)

令和 年 月 日

フリガナ.....

お名前 (男・女) 年齢 才

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

住所 〒 自宅 TEL

今後、病状の経過等をメール・ショートメール・電話でおたずねすることがあると思いますが、良い方は御記入ください。

メールアドレス 携帯 TEL

勤務先 勤務先 TEL

## 1. 当院を知った理由

近所だから・通りにかけて見つけた・うわさ・インターネット  
紹介(病院・接骨院・知人・友人)

## 2. 仕事内容

事務・営業・作業(立ち作業・座って作業)・販売・学生・主婦・無職・その他

## 3. 現在、スポーツや運動をしていますか?(はい・いいえ)

はいの方、どんなスポーツや運動をしていますか?( )

## 4. 右の絵で痛みを感じたり、具合の悪いところに○をつけてください。

## 5. 今までこの症状で治療を受けましたか?(はい・いいえ)

## 6. どうして痛くなりましたか?(ケガ・ケガ以外)

## 7. いつから痛みを感じましたか?( )

## 8. 現在、治療している病気・持病はありますか?(はい・いいえ)

はいの方、その病気・持病をお書きください。( )

## 9. 現在、何かくすりを服用していますか?(はい・いいえ)

はいの方、その薬剤名をお書きください。( )

薬剤手帳があればお見せください。

## 10. 今まで手術したことがありますか?(はい・いいえ)

はいの方、何の手術かお書きください。( )

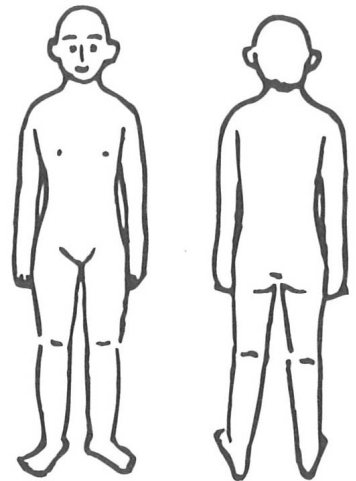
## 11. くすりや注射で気分が悪くなったことがありますか?(はい・いいえ)

はいの方、何のくすり・注射かお書きください。( )

## 12. (女性の方のみ)現在、妊娠していますか?(はい・いいえ)

## 13. 何人でお住まいですか?( 人 )

## 14. ペースメーカーなど、体内に金属は入っていますか?(はい・いいえ)



受付記入欄

ご協力ありがとうございました。

市ヶ谷整形外科 院長 市ヶ谷 憲