

初

# 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

仕事・主な作業内容 スポーツ あり( ) なし

1. 当院を知った理由 近所・通りがかり・うわさ・インターネット・紹介(病院・接骨院・知人)

2. 右の絵で、具合の悪いところに○をつけてください。複数ある時は診てもらいたいところから番号(①、

②・・・)を付けてください。またそれはどんな症状ですか？

痛み、痺れ、動かしにくい、力が入らない、腫れている、重い、他( )

1. いつから症状はありますか？ ( )

2. 今までこの症状で治療を受けましたか？ はい( ) いいえ

3. どうして痛くなりましたか？ ケガ・ケガ以外( )・工作中・通勤中

4. 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。( )

5. 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。

6. 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。( )

7. 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。( )

★喘息はありますか？(過去にあった・現在治療中・なし)

飲酒 毎日(本・合)・時々・しない 喫煙 毎日(本)・時々・しない

8. (女性)現在、妊娠・授乳はありますか？妊娠(あり・なし)・授乳中(あり・なし)

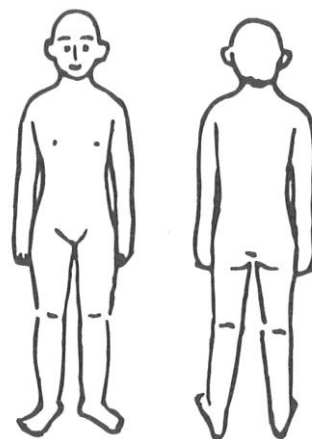
9. 何人でお住まいですか？ ( 人 )

10. 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 )

11. 本日希望したいことがあればお書きください。(薬で様子をみたい、注射したい、リハビリしたい、院長の診察でおまかせ)診断や状態によってはご希望に添えない場合があります。

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



受付記入欄