

宮城整形外科 スポーツ・ウェルネスクリニック問診表

住所	〒 _____		電話	自宅 ( )
			携帯	( )
フリガナ		男・女	●以下の場合はチェックをお願いします	
氏名			<input type="checkbox"/> 労災 ( 工作中・通勤中 ) 職業 _____	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
			<input type="checkbox"/> 自賠責 ( 交通事故など )	

1. 本日の症状について教えてください。

①部位について、右の図に○をつけるか、受診の理由を記載してください

{ \_\_\_\_\_ }

②どのような症状か、あてはまるものに○をつけてください

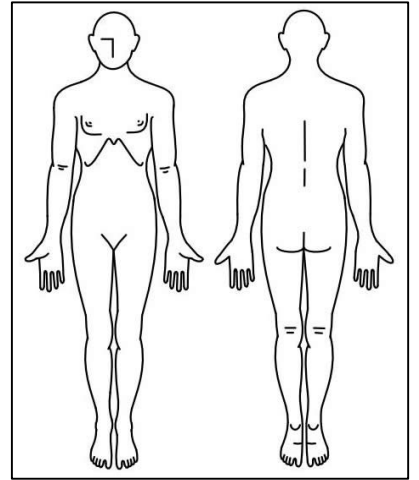
- ・痛い
- ・しびれる
- ・傷がある
- ・動かしにくい
- ・腫れている
- ・歩きにくい
- ・その他 ( )

③いつからですか？

( )

④きっかけはありますか？ 当てはまるものに○を付けて下さい

- ・転んだ
- ・ひねった
- ・はさんだ
- ・ぶつけた
- ・スポーツ
- ・不明



・その他 ( )

2. 現在治療中の病気はありますか？ 当てはまるものに○を付けて下さい

- ・高血圧
- ・糖尿病
- ・心臓病
- ・ペースメーカー
- ・腎臓病
- ・胃潰瘍
- ・その他 ( )

3. これまでに手術を受けたことはありますか？

- ・どんな手術 ( )
- ・いつ頃 ( )

4. 現在飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳があればお出し下さい

- ・はい ( )
- ・いいえ

5. アレルギーはありますか？ はい ( ) ・ いいえ

6. 女性の方へ、現在妊娠中またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

7. 介護保険の認定を受けていますか？ はい ・ いいえ

8. 本日来院して下さったきっかけはありますか？ あてはまるものに○をつけてください。

- ・院長の診察を別の場所で受けていた
- ・場所が良かった
- ・専門的な治療を受けたかった
- ・知人 ( ) からの紹介
- ・ほかの病院からの紹介
- ・看板を見た
- ・ホームページ・SNS をみた
- ・その他 ( )