

# 整形外科 問診表

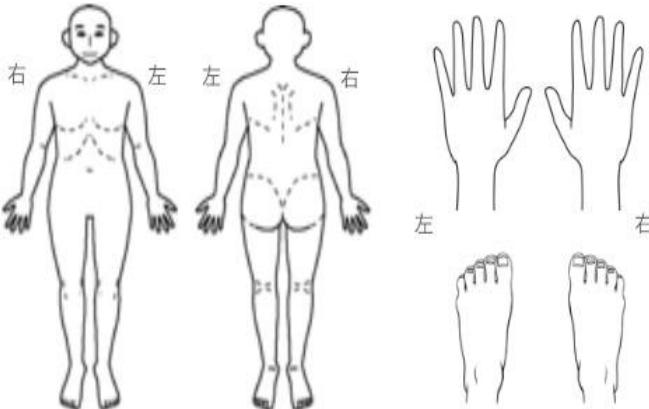


医療法人社団 天友会  
町田木曾整形外科  
リハビリテーションクリニック

ふりがな	生年月日	年齢
氏名	T・S・H・R 年 月 日	
年 齡		
住 所	〒 -	
自宅・携帯電話	緊急時連絡番号	

- 「当院の個人情報取り扱について」の記載内容について同意しますか  同意する
- マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しますか  同意する

診察を希望する場所に○をつけてください。



どのような症状ですか

<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> しびれ
<input type="checkbox"/> 肿れ	<input type="checkbox"/> 外見上の変形
<input type="checkbox"/> 皮膚の変色	<input type="checkbox"/> しこり
<input type="checkbox"/> 筋肉のハリ感	<input type="checkbox"/> 動かしにくさ
<input type="checkbox"/> 重だるさ	<input type="checkbox"/> 脱力感
<input type="checkbox"/> その他	

●思い当たる原因はありますか。

- |                             |                              |                              |                              |                              |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 転倒 | <input type="checkbox"/> 強打  | <input type="checkbox"/> 挟んだ | <input type="checkbox"/> 捏った | <input type="checkbox"/> 切った |
| <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> その他 | ( )                          |                              |                              |

●今回受診される内容は下記に該当しますか

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 交通事故のケガ | <input type="checkbox"/> 通勤中のケガ  |
| <input type="checkbox"/> 仕事でのケガ  | <input type="checkbox"/> 相手がいるケガ |
| <input type="checkbox"/> その他( )  |                                  |

●下記に該当しているものがありますか

- |                              |                               |                               |                                  |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中 | <input type="checkbox"/> 授乳中  | <input type="checkbox"/> 体内金属 | <input type="checkbox"/> ペースメーカー |
| <input type="checkbox"/> 喘息  | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> C型肝炎 | <input type="checkbox"/> 糖尿病     |

●薬剤・食物アレルギーはありますか

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
|-----------------------------|-----------------------------|

内容・症状

( )

●これまで大きなかがや病気、手術歴ありますか

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
|-----------------------------|-----------------------------|

病気・手術歴

( )

●現在通院治療中の病気はありますか。

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
|-----------------------------|-----------------------------|

病名( )

●当院は何で知りましたか。

- |                             |                                    |                                  |                                |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HP | <input type="checkbox"/> チラシ       | <input type="checkbox"/> 病院ナビ    | <input type="checkbox"/> 通りがかり |
| <input type="checkbox"/> 看板 | <input type="checkbox"/> Googleマップ | <input type="checkbox"/> タウンニュース |                                |
| <input type="checkbox"/> 紹介 |                                    |                                  |                                |