

整形外科 問診表

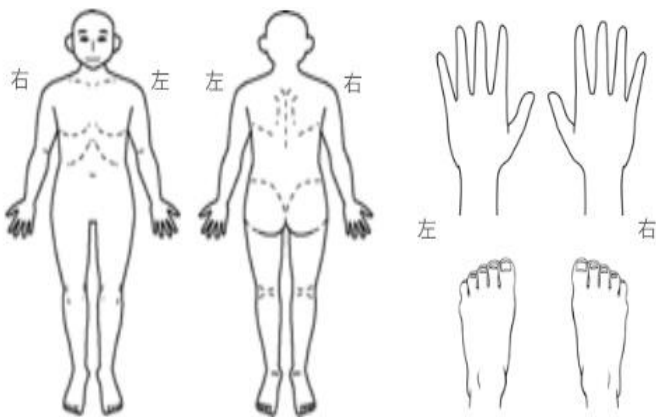


医療法人社団 天友会
町田木曾整形外科
リハビリテーションクリニック

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

- 「当院の個人情報取り扱いについて」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"/> 腫れ	<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。

- ☐ 転倒 ☐ 強打 ☐ 挟んだ ☐ 捻った ☐ 切った
☐ 不明 ☐ その他 ()

●今回受診される内容は下記に該当しますか

- ☐ 交通事故のケガ ☐ 通勤中のケガ
☐ 仕事でのケガ ☐ 相手がいるケガ
☐ その他()

●下記に該当しているものはありますか

- ☐ 妊娠中 ☐ 授乳中 ☐ 体内金属 ☐ ペースメーカー
☐ 喘息 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 糖尿病

●薬剤・食物アレルギーはありますか

- ☐ あり ☐ なし

内容・症状

()

●これまで大きなけがや病気、手術歴ありますか

- ☐ あり ☐ なし

病気・手術歴

()

●現在通院治療中の病気はありますか。

- ☐ あり ☐ なし

病名 ()

●当院は何で知りましたか。

- ☐ HP ☐ チラシ ☐ 病院ナビ ☐ 通りがかり
☐ 看板 ☐ Googleマップ ☐ タウンニュース
☐ 紹介