

整形外科 問診表

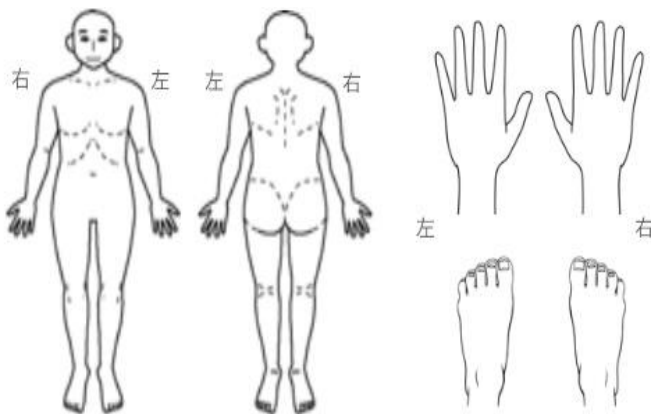


医療法人社団 天友会
町田木曾整形外科
リハビリテーションクリニック

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。



●症状はいつからですか

●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 () ☐ 該当なし

どのような症状ですか

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 痛み | ☐ しびれ |
| ☐ 腫れ | ☐ 外見上の変形 |
| ☐ 皮膚の変色 | ☐ しこり |
| ☐ 筋肉のハリ感 | ☐ 動かしにくさ |
| ☐ 重だるさ | ☐ 脱力感 |
| ☐ 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 ()

●現在通院中の整形外科はありますか？ ☐ あり ☐ なし
整形外科名 ()

●現在行っている運動はありますか？ ☐ あり ☐ なし
()

●下記に該当しているものはありますか

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

●薬剤・食物アレルギーはありますか

- ☐ あり ☐ なし

内容・症状

()

●今までかかったことのある病気はありますか。

- ☐ あり ☐ なし

病名

()

●これまで手術をしたことはありますか

- ☐ あり ☐ なし

手術歴

()

病院名

()

●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