

高輪整形外科クリニック 問診票

No. _____
 記入日 令和 年 月 日

フリガナ お名前	男・女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日()歳
住 所 〒		
電 話	携 帯	
勤務先	電 話	
勤務先住所 〒		

下記の質問にお答えください。

- どのような症状で来院されましたか？
痛い しびれる 腫れ 動きが悪い つっぱる こる おもい
その他()
- いつ頃から症状は出てきましたか？
 (月 日から)(日位前から)
- 症状のある部位を裏面の図で示して下さい。
- 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？
工作中 スポーツ 特に原因なし その他()
- 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？
病院() 医院()
 検査 : レントゲン MRI CT 超音波
 治療内容 : 投薬 注射 物理療法
接骨院 マッサージ院
受診していない
- 現在治療中の病気があればお答え下さい。
高血圧 糖尿病 心臓病 脳疾患 喘息 胃潰瘍 リウマチ
その他()
治療中の病気はない
- 過去にけがや病気で手術を受けた事がありますか？
ある 手術(: 年) 手術(: 年)
特になし
- 現在、内服している薬がある場合はご記入ください。
 内服中の薬()
- 薬や食べ物でアレルギーはありますか？
なし ある 薬() 食べ物()
- 女性の方のみお答えください。
 妊娠中ですか？ いいえ はい 授乳中ですか？ いいえ はい
- 当院をどこでお知りになりましたか？
ホームページ 電話帳 電柱広告 駅広告 チラシ その他()
他院からの紹介()
知人の紹介(様)

高輪整形外科クリニック 問診票

