

問 診 票

NO. _____

令和 年 月 日

名前（カタカナ） _____ 才
お仕事 _____ 現在しているスポーツ _____

住所 〒 _____

電話番号 自宅： _____ 携帯： _____

いつごろからどんな症状がありますか？

いつから _____ どこが【部位】 _____

[□にレチェック☑をお願いします]

痛み しびれ はれ

思い当たる原因がない
原因あり

記入例：重たい物を持ち上げた・家具にぶつめた
スポーツ中にひねった・歩いていて車とぶつかった

記入例

いつから
・9/1から
・5日前から
・今朝から

どこが【部位】

・腰
・左足の小指
・首から右肩にかけて

該当する方は☑をお願いします

交通事故 通勤または勤務中 学校でのけが
(労災使用・労災予定・健康保険使用) (スポーツ保険・健康保険使用)

- * 他院にて治療をしていますか (整形外科 接骨院 いいえ)
- * 治療中(または以前)の病気はありますか (はい、いいえ)
糖尿病 喘息 狭心症・不整脈 脳梗塞 癌 高血圧 胃潰瘍 精神疾患
- * ペースメーカーをしていますか (はい いいえ)
- * いま飲んでいるお薬はありますか (はい _____ いいえ)
- * アレルギーはありますか (はい _____ いいえ)
- * 歯の治療などの麻酔で具合が悪くなったことがありますか (はい いいえ)

65歳以上の方のみ

- * 介護保険の認定を受けていますか (はい いいえ)

女性の方のみ

妊娠中ですか (はい いいえ) 授乳中ですか (はい いいえ)

ご協力ありがとうございました。 終わりましたら受付にお出してください

花小金井西野整形外科