

# 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 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

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 その他

思い当たる原因がない

原因あり

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 ( 病院 \_\_\_\_\_ 科 接骨院等 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 要支援 要介護 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