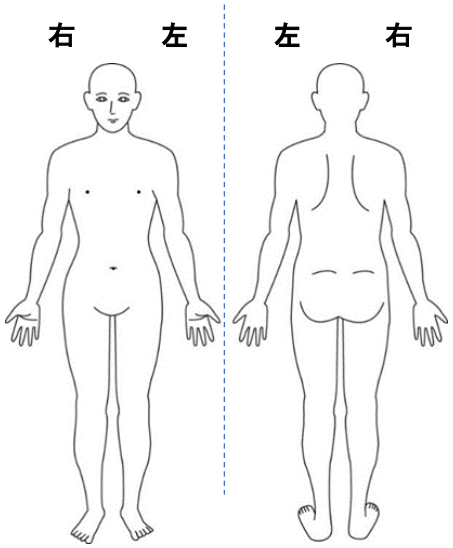
整形外科外来　問診表　新患・再来初

【事務記入欄】　　日付:　　年　　月　　日　　ID　　【物指示箋】 有 ・ 無

フリガナ	男 ・ 女	身長/体重	cm/　　kg
氏名　　様(　　歳)		お電話	
		携帯	
生年月日	大･昭･平･令　　年　　月　　日	介護保険	なし/申請中/支 1 ・ 2/介1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ･5
ご住所	〒		
お勤めの方	事務職 ・ 営業職 ・ サービス業 ・ 専業主婦 ・ その他(　　) 主に立ち仕事 ・ 主に座り仕事 ・ 肉体労働 ・ 歩くことが多い		
学生の方	(学校名)　　大 ･高 ･中 ･小 (部活:　　)(習い事:　　)		

※診察を希望する場所に○印をつけてください



【1】　いつから症状が出てきましたか(直近で)
※ケガの場合は受傷日を必ずご記入ください
年　　月　　日

【2】　症状が出たきっかけ、原因はなんですか(どこでどうしましたか)
(　　)
原因不明　労災(仕事中・通勤中)交通事故〔警察用診断書　要・不〕

【3】　現在、どのような症状がありますか
痛み　しびれ　腫れている　熱感がある　内出血　傷がある
(　　)

【4】　今回の症状が出てから当院に来院するまでに他の医療機関整骨院を受診または治療しましたか。
いいえ　・　はい⇒〔医療機関名　　〕
〔診断名　　〕
何をしましたか？⇒お薬・注射・レントゲン・ＣＴ・ＭＲＩ・リハビリ【最終受診月:　年　月　日】

【5】　次の疾患で現在治療を受けている、または過去に治療を受けたことがありますか？
〔なし・喘息・高血圧・糖尿病・腫瘍・心臓疾患・不整脈・脳血管疾患・胃十二指腸潰瘍・肝炎・てんかん〕
病名〔　　〕

【6】　体内に金属はありますか？
〔ない・ある（手術のクリップ・人工骨頭や関節・プレート・ペースメーカー・ステント）〕

【7】　薬のアレルギーがあったり、皮膚がかぶれ易かったりしますか？
〔ない・ある（薬品名:　　）〕

【8】　現在、服用しているお薬はありますか？　お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出しください。
〔ない・ある（薬品名:　　）〕

【9】　現在、妊娠していますか？　〔いいえ・はい・可能性あり〕

【10】　現在、授乳中ですか？　〔いいえ・はい〕

【11】　歯の治療などで麻酔をかけたことがありますか？
〔はい・いいえ・わからない・麻酔が体に合わないと言われたことがある〕

【12】　本院（北柏すごう整形外科）を何で知りましたか？
〔知人の紹介・他院からの紹介・ホームページ・電話帳・その他（　　）〕

【13】　連絡を取りたい場合、上記の連絡先にお電話を差し上げてもよろしいですか？
〔はい・いいえ（希望連絡先:　　）〕