

問診票 (のりまつ整形外科・骨粗しょう症クリニック)

〒

住所； 生年月日； 年 月 日生まれ

フリガナ

電話番号(携帯)；

氏名 様 (歳) 電話番号(自宅)；

身長 cm、 体重 kg 職業；

喫煙 あり ・ なし (ありの場合・・・1日の喫煙本数 本、喫煙年数 年)

介護認定の有無 (なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)

仕事中のケガ(労災)や交通事故(自賠責)の際は、かならず受付にお申し出ください

紹介状や他院からのレントゲン・検査結果は受付までご提出ください。

1.図に診療を希望される部位を記入してください

①どのような症状ですか (複数回答可)

☐痛い ☐しびれる ☐動かしにくい ☐はれている ☐傷がある
☐その他 ()

②いつ頃からですか

()

2.受診の目的を選択してください (複数回答可)

☐一般の診療・治療 ☐他医療機関からの紹介
☐骨密度検査を希望 ☐リハビリを受けたい
☐診断書の作成依頼 ☐その他 ()

3.今回の症状で、他院で治療を受けたことがありますか

いいえ はい (医療機関名：)

4.注射や飲み薬・湿布などで副作用が出たことがありますか

いいえ はい (薬剤名や症状など：)

5.抜歯やケガなどで局所麻酔をした際に、気分が悪くなったことがありますか

いいえ はい

6.今までに治療している病気はありますか

いいえ はい

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐脳卒中 ☐胃腸病 ☐腎臓病
☐ぜん息 ☐心臓ペースメーカー挿入 ☐その他 ()

7.手術を受けたことがありますか

いいえ はい (手術名：)

8.現在妊娠していますか または妊娠の可能性がありますか (女性の方)

いいえ はい

9.よろしければ、来院のきっかけを教えてください (複数回答可)

☐近いので来院した ☐近所を通りかかった ☐ホームページを見て ☐看板広告をみて
☐家族の紹介 ☐知人の紹介 ☐その他 ()

10.その他、気になることや相談したいことがございましたらお書きください

