

問 診 票

代筆者 < >

フリガナ

ご氏名 _____ ご住所 _____
 性別：男・女 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 () 歳 職業 [_____]
 携帯電話 < _____ > 固定電話 < _____ >

1、具合の悪いところはどちらでしょうか。 例) 右足首・腰・右手首など
 (_____)

2、痛められた原因は何でしょうか。 例) いつ どこで 何をして
 業務中・通勤途中・学校・クラブ活動・交通事故・その他
 (_____)

3、当院を受診される前に、どちらか病院におかかりになりましたか。
 はい ・ いいえ (病院名： _____ 受診日： _____)

4、現在、スポーツは何かなさっていますか。
 スポーツ名 (_____) 所属学校またはチーム名 (_____)

5、今まで手術をされたことはございますか。 はい ・ いいえ
 (いつ頃、どのような手術、どこの病院で _____)

6、現在他の病気で通院、入院または施設に入所されていますか。
 はい ・ いいえ (病院及び施設名 _____)
 高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・喘息・胃潰瘍・アレルギー(薬品・食物)・その他
 (ペースメーカー 有 ・ 無) (_____)

7、現在何か、薬をお飲みになっていらっしゃいますか。
 はい ・ いいえ (薬の内容 _____)

8、くすり服用後または注射を受けたあと湿疹や、気分が悪くなったことはございませんか。
 ある ・ ない (症状など _____)

9、喫煙もしくは飲酒はされますか。 喫煙 (_____ /日) ・ 飲酒

10、以前に当院で治療なされたことはございますか。 ある(いつ頃 _____) ない

11、初めての方にお尋ねします。当院を受診されたのはどのような理由からですか。
 家族 知人 インターネット その他 (_____)

※女性の方にお尋ねします。現在、妊娠又は授乳中でいらっしゃいますか。
 はい・いいえ・わからない 妊娠 (_____ 週目) ・ 授乳

※介護保険証をお持ちの方にお尋ねします。
 現在、介護保険にてサービスを受けられていますか。 はい・いいえ
 要支援 () 要介護 () サービスの種類 (_____)

医療法人社団 藤浪会 井上整形外科クリニック

※当院では、電話等での問い合わせがあっても本人の同意を得ずに第三者(民間保険会社、職場、学校、知人等)へ個人情報の提供は致しません。予めご理解・ご了承の程よろしくお願い申し上げます。

尚、当院では本人確認のために氏名でお呼びしておりますが、差し支えのある方はお申し出ください。