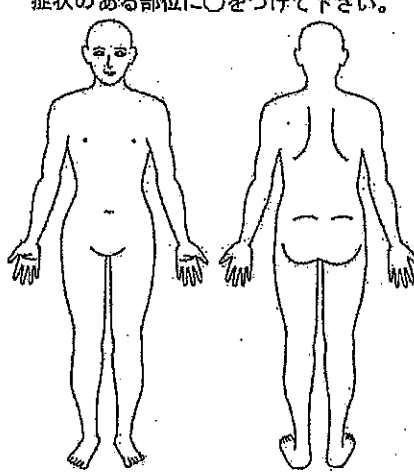


整形外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
どのような症状ですか？ <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他 ()		症状のある部位に○をつけて下さい。 	
症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から			
症状が出たきっかけは何ですか？ <input type="checkbox"/> 転んだ・転倒した <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 落ちた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ()			
今回の症状で他の病院を受診されましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()			
過去に手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓・血管病 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎・肝硬変 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (血をサラサラにする薬) <input type="checkbox"/> その他 ()			
喫煙、飲酒について教えてください 喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から) 飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 ()			
アレルギーはありますか？ お薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 造影剤： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 食べ物： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
お仕事は？ <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 仕事を続けている <input type="checkbox"/> 仕事は休んでいる <input type="checkbox"/> その他 ()			
★女性の方へ。 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (○妊娠中 ○妊娠の可能性あり ○授乳中)			
治療の一環として保険適用外の自由診療 (はり、マッサージなど) はご希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 一度、話を聞いてみたい			
適応がある場合、再生医療 (自分の血液を利用した最先端治療) をご希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 一度、話を聞いてみたい			
当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()			

【ご来院の皆様へ】

2021/5/28 中野島整形外科一同

★ 院内でのマスク着用、手指消毒にご協力ください！

★ 診察の順番が前後することがございます。恐れ入りますが、ご了承ください。

診療申込書

年 月 日

フリガナ	
氏名	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒
電話番号	
携帯番号	
メールアドレス	

[緊急連絡先①]

フリガナ	
氏名	続柄
住所	〒
電話番号	
携帯番号	
メールアドレス	

[緊急連絡先②]

フリガナ	
氏名	続柄
住所	〒
電話番号	
携帯番号	
メールアドレス	