整形外科　　問診表

医療法人社団 天友会
星が丘整形外科
リハビリテーションクリニック

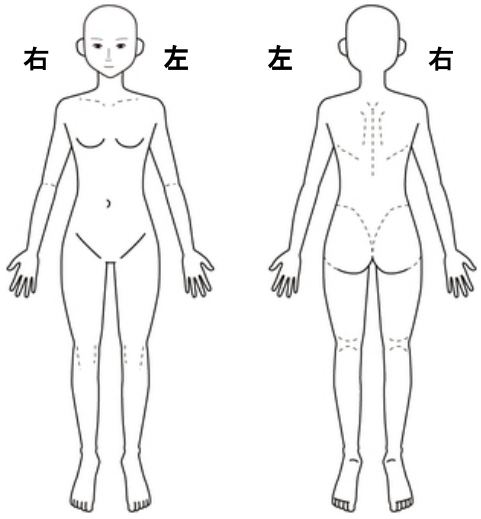
ふりがな		生年月日	年齢
氏名	男・女	T・S・H・R 年　月　日	歳

住　所　〒　-	職業
自宅電話	携帯番号

●裏面の「当院の個人情報取り扱について」の記載内容について同意しますか　□　同意する

●**資格確認書持参の方へ**　マイナ保険証による診療情報提供取得に予め同意しますか　□　同意する

①診察を希望する場所に〇をつけてください。



②今回受診される内容は下記に該当しますか

□　事故でのケガ　□　学校でのケガ

□　仕事でのケガ　□　通勤中のケガ

③症状はいつからですか

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④思い当たる原因はありますか

□転倒　□強打　□挟んだ　□捻った　□切った

□不明　□その他（　　）

⑤どのような症状ですか

□痛み　□腫れ　□しびれ　□しこり

□外見上の変形　□皮膚の変色　□筋肉のハリ感

□脱力感　□重だるさ　□動かしにくさ

□その他（　　）

⑥下記に該当しているものはありますか

□妊娠中　□授乳中　□体内金属　□ペースメーカー

□喘息　□B型肝炎　□C型肝炎　□持続血糖測定器

□該当なし

①薬剤・食物アレルギーはありますか

□　あり　□　なし

内容・症状

（　　）

②現在通院治療中の病気や内服中の薬はありますか。

□　あり　□　なし

病名（　　）

※内服薬がある場合は診察時にお薬手帳の提出を医師までお願いします。

③これまで大きなけがや病気、手術歴ありますか

□　あり　□　なし

病気・手術歴

（　　）

④当院は何で知りましたか。

□通りがかり　□紹介　□HP　□タウンニュース

□チラシ　□看板　□病院ナビ　□Googleマップ