

# 問診票

令和 年 月 日

フリガナ  
名 前： \_\_\_\_\_ 生年月日：T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_ 歳

住 所：〒 \_\_\_\_\_

電 話： \_\_\_\_\_ 携 帯： \_\_\_\_\_ 職 業： \_\_\_\_\_

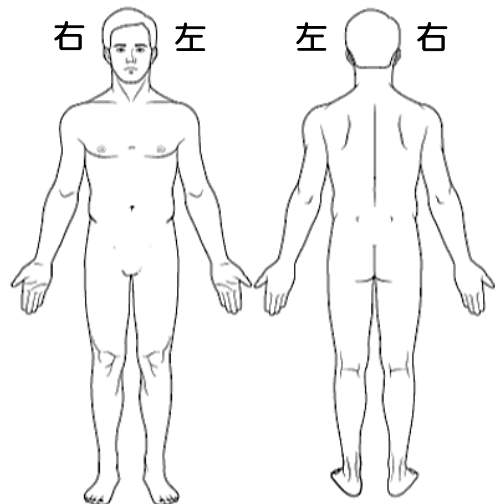
\*ご記入頂きました問診票の個人情報は、診療録（カルテ）と同様に厳正に管理されます。

1. どのような症状ですか？ 症状のある場所を右下図の該当部位に○印をつけて下さい。

・痛み ・しびれ ・腫れ ・傷 ・運動制限

その他（ \_\_\_\_\_ ）

右 左 左 右



2. いつ頃から症状がありますか？

・ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から ・ 今日から

3. 症状の原因はありますか？

・あり ・なし

・原因

（ \_\_\_\_\_ ）

交通事故、労災（工作中・通勤中）（受傷日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）

4. 今回の症状に対して他の医療機関で治療を受けましたか？

・はい（ \_\_\_\_\_ ） ・いいえ

5. 現在治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

・高血圧 ・心臓病（狭心症・不整脈など） ・糖尿病 ・脂質代謝異常 ・脳梗塞 ・ぜん息

・腎機能障害 ・肝機能障害 ・がん（治療後も含めて） ・リウマチ ・骨粗しょう症

・甲状腺疾患 ・胃腸障害 ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

6. 過去に怪我や病気にかかったこと、手術を受けたことがありますか？（はい・いいえ）

あれば詳しく→（ \_\_\_\_\_ ）

7. 薬や注射に対するアレルギー、湿布かぶれはありますか？（はい・いいえ）

あれば詳しく→（ \_\_\_\_\_ ）

8. <<女性の方へ>>

現在、妊娠している可能性はありますか？（はい・いいえ・不明）

現在、授乳中ですか？（はい・いいえ）

9. 特にご要望の検査または治療はありますか？

・レントゲン ・MRI ・骨密度測定 ・採血（一般・リウマチ）

・ヒアルロン酸注射 ・トリガー注射（肩こりや腰痛への痛み止め） ・リハビリテーション

・コルセット処方（頸部・腰部） ・装具作製

\*いずれも医師の判断で必要に応じて行いますので、ご希望に添えないこともあります。

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

・紹介（ \_\_\_\_\_ 様） ・以前に通院 ・家族が通院 ・口コミ ・ホームページ

・インターネット情報（ \_\_\_\_\_ ） ・電柱の看板広告 ・武蔵野市私の便利帳

・雑誌新聞 ・通りすがり ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

\*ご質問等がございましたら ご遠慮なくおたずね下さい。 しんむら整形外科クリニック