

問診票は次のページにあります。2枚目のみ印刷してください。

問診票の前にご確認ください。

他の整形外科に受診したり、通院中の場合
今後当院で全ての治療を引き継ぎます。

(接骨院含む) (術後の経過観察は除きます)

骨粗鬆症の治療も引き継ぎます。

紹介状がない場合は、改めてレントゲン
検査等も行います。

ご不明な点がございましたら、
お尋ねください。

蕨セントラル整形外科

フリガナ	ID
氏名： (男・女) ご職業 ()	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住所：〒	
県・都	市・区
電話番号：自宅 ()	— 携帯 () —
①保険の種類 <input type="checkbox"/> 保険診療(健康保険) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> スポーツ保険 <input type="checkbox"/> その他	
②スポーツや運動をしている方 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ()	
③付き添いの方 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる →ご関係 ()	
※自賠責交通事故の方 診断書 (希望・不要) 保険会社一括電話 (有・無) 警察届出 (済・未)	

1. 本日はどうなさいましたか (部位をご記入ください) 部位(複数部位ある方は裏面へ)
痛み しびれ 腫れ その他 () ⇒ _____

2. その症状はいつからですか
 ・本日 ・令和 年 月 日 _____
 ケガですか? → いいえ・はい (受傷時の状況)

3. 上記のことで他院で診てもらいましたか いいえ 病院 () 接骨院等
4. 現在、他のクリニックや病院に通院していますか? いいえ はい
 ・整形外科 ・内科 ・歯科 ・眼科 ・耳鼻咽喉科 ・皮膚科 ・その他 (科)
 ※病名がわかればご記入ください ()

5. 当院処方薬以外で飲んでいるお薬はありますか ない ある ⇒ (お薬名)
 ※ お薬手帳はお持ちですか ない ある 本日忘れた

6. お薬や注射のアレルギーはありますか ない ある ⇒ ()

7. 今までに大きな病気や手術をしたことはありますか ない ある ()

8. ペースメーカーや人工関節など体の中に金属が入っていますか ない ある ()

9. ※女性の方へ 現在妊娠中・妊娠している可能性はありますか
妊娠していない わからない 妊娠中 授乳中

10. 今までに骨粗鬆症の検査を受けたことがありますか ない ある 骨粗鬆症治療中

11. 介護認定 ない ある (介護度 ⇒ 要支援 1. 2 ・要介護 1. 2. 3. 4. 5)

12. 当院に来院したきっかけを教えてください (複数回答可)
 1. 現在通院中 2. 以前かかったことがある 3. 近くに住んでいる
 4. インターネット検索 ⇒ 検索ワードを教えてください ()
 5. 家族・知人のご紹介 (お名前:) 6. 他医療機関からのご紹介
 7. その他 ()