

問診票は次のページにございます。2枚目（複数部位ある場合は3枚目も）を印刷してください。

## 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 ( ) ※問診票の代筆 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
※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 ( )

## ★追加部位 1

1. 本日はどうなさいましたか (部位もご記入ください)

痛み しびれ 腫れ その他 ( )

部位

---

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 )

5. 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

## ★追加部位 2

1. 本日はどうなさいましたか (部位もご記入ください)

痛み しびれ 腫れ その他 ( )

部位

---

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

## ★追加部位 3

1. 本日はどうなさいましたか (部位もご記入ください)

痛み しびれ 腫れ その他 ( )

部位

---

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

## ★追加部位 4

1. 本日はどうなさいましたか (部位もご記入ください)

痛み しびれ 腫れ その他 ( )

部位

---

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