

整形外科 問診票

※より良い診療を行うために、できるだけ詳しくご記入ください。
不明な点は確認させて頂く場合がありますのでご協力お願いいたします。

フリガナ

お名前 _____ 男・女 大正・昭和・平成 年 月 日生(_____ 才)

現住所 〒 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

※未記入の場合、必要に応じてお伺いします。

電話番号 _____

●症状を教えてください

部位 (_____)

症状 痛い (安静時 動作時) しびれ 腫れ 変形
その他 (_____)

いつから 今日 昨日 それ以前 (_____)

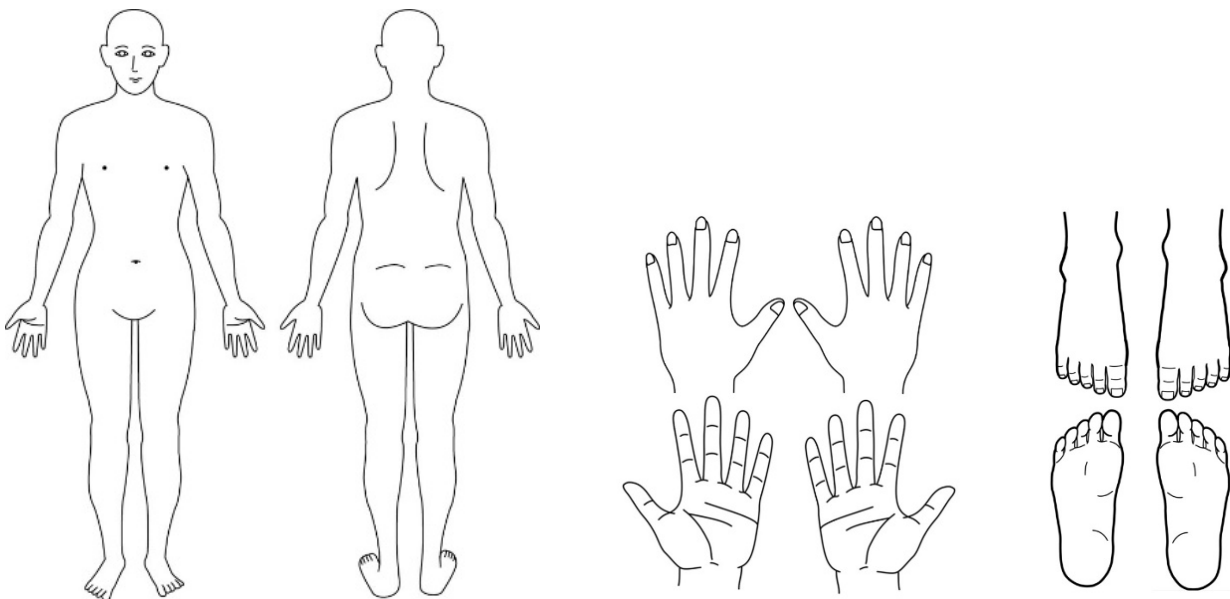
原因 なし あり (_____)
交通事故 労災 (通勤災害含む) 学校での受傷

同じ症状で他院を受診されたことはありますか

病院: _____

期間: 現在加療中 _____ 年 月頃から _____ 年 月まで

診察をご希望の部位をご記入ください



※裏面のご記入もお願いします

●今までにかかったことのあるご病気をお持ちの方はご記入ください

なし 高血圧 高脂血症 喘息 心臓疾患 脳疾患 糖尿病 痛風
アレルギー（ ） その他（ ）

●過去の病気・けが・手術などがあればご記入ください

（ ）

●現在服用されている薬はありますか なし ある（ ）

●お薬手帳はお持ちですか なし ある

●薬で副作用がでることはありますか なし ある（ ）

●麻酔で気分が悪くなったことはありますか なし ある（ ）

●（女性の方）妊娠の可能性はありますか なし ある（ ） 授乳中

※レントゲン撮影、薬の処方に関連があります。

●介護認定は受けていますか いいえ はい 要介護____・要支援____

.....
当院での検査・治療のご希望があればご記入ください（任意・複数可能）

検査 X線 骨密度検査（腰椎・大腿骨） 採血 心電図 血管年齢チェック
リハビリテーション

運動療法 マッサージ

ウォーターベッド 低周波・干渉波 超音波骨折治療

ホットパック 牽引（首） 牽引（腰） パワープレート

以下は当院で可能な「自由診療」となります。ご希望・ご興味があればご記入ください（任意・複数可能） 医師より説明させていただきます。

ビタミン点滴 マルチビタミン点滴 二日酔い改善点滴

脂肪燃焼点滴 ニンニク注射

美白・美肌点滴 ニキビ・肌荒れ点滴

パーソナルトレーニング（予約制） 高気圧酸素ルーム

※詳細はスタッフまでお気軽にご相談ください。