

榊田学整形外科クリニック問診票

紹介状	あり・なし
ご持参画像	あり・なし

フリガナ	性別	生年月日	年齢	職業
お名前	男 女	大・昭・平 年 月 日	才	
〒 ご住所			☎ (緊急連絡先もお願いします)	

1. どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる 腫れ 動きにくい その他 ( )

\*症状のある部位はどこですか？

首 背中 腰 膝(右・左) 肩(右・左) 足首(右・左)

その他→図へ

2. いつごろから症状は出てきましたか？

はっきり日時がわかる方。具体的に。 \_\_\_\_\_

だいたいいつ頃からかわかる方。いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

3. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

特に原因なし 交通事故 仕事中 スポーツ 転倒

その他 ( )

4. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください。

( ) 病院・医院/  
整骨院・マッサージ院

治療内容：投薬 注射 物療 その他 ( )

検査：レントゲン MRI その他 ( )

5. 現在治療中の病気があればお答えください。

ない 高血圧 糖尿病 心臓病(狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病

喘息 胃潰瘍 その他 ( )

6. 現在服用中のお薬がありましたら教えて下さい。(お薬手帳をご提示ください。)

なし あり ( )

7. 過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。

手術名 ( ) 時期： \_\_\_\_\_ )、 ( ) 時期： \_\_\_\_\_ )

\* 8. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。

ない ある：薬 ( ) 食べ物 ( )

9. 趣味・健康目的で何か運動(スポーツ)されていればお答え下さい。

種類 ( ) \_\_\_\_\_回/週・月

\* 10. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 授乳中ですか いいえ はい

11. 【アンケート】 当院へお越し頂いたきっかけが下に該当する方はチェックを入れて下さい。

当院ホームページ ネット検索 雑誌広告等 くちコミ その他 ( )

ありがとうございました。

