

初・再初

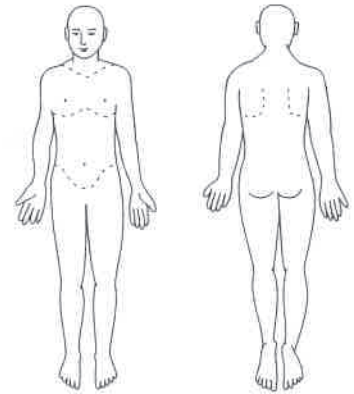
慶友若葉台整形外科診療申込・問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	明・大・昭・平	年	月 日(歳)
住 所	〒 _____				
	都・県		市・区		
自宅TEL	() _____	携帯TEL	() _____		
緊急連絡先(勤務先等)		TEL () _____			
身長	_____ cm	体重	_____ kg		

1. どうなさいましたか? _____

2. 当てはまる症状、部位に○をしてください。
- ・いたい ・しびれる ・おもい ・はっている
 - ・力が入らない ・つっぱる ・かたちがおかしい
 - ・動きが悪い ・その他()



3. 今回の受診は交通事故・勤務中・通勤途中、学校でのケガですか? (はい ・ いいえ)
 (はいと答えた方のみ) 受傷日はいつですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険会社・会社名・担当者名 _____
 TEL _____

4. いつ頃からですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日

5. 何か原因はありますか? _____

6. 今までに同じようになったことはありますか? (はい ・ いいえ)
 (はいと答えた方のみ) いつ頃ですか? _____

7. 何かスポーツはしていますか? (はい ・ いいえ)
 (はいと答えた方のみ) 種目は何ですか? _____

8. クスリ・その他のアレルギーはありますか? (ある() ・ ない)

9. 今までに重い病気をしたことはありますか? (ある(病名) ・ ない)

10. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか? (はい ・ いいえ) はいの方 出産予定日 (. . .)

11. 当院をどちらでお知りになりましたか? (あてはまる項目に○印をつけて下さい。)
 ①以前から知っていた ②他院の紹介() ③知人の紹介
 ④インターネットで知った ⑤折込広告で知った ⑥その他()

※ 上記個人情報診療行為のみに使用致します。