

問診票及び診療申込書

記載された情報は診療の為に使用させていただきます。

| | | | | | | | |
|------|-----|--------|---------|-------|---|----|----|
| ふりがな | | 男 女 | M・T・S・H | | | 職業 | |
| 氏名 | | | 年 | 月 | 日 | | 才 |
| 住所 | 〒 - | | 電話 | () - | | 学生 | 学校 |
| | | | 携帯 | - - | | | 年 |

★右の図の症状のある部位に○をつけてください

★いつから 頃から

★原因 仕事中・交通事故・転倒・ぶつけた・スポーツ中・誘因なし
その他 ()

★症状 痛み・しびれ・つっぱり・動きが悪い・冷える・変形・傷がある
腫脹・その他 ()

★当院を受診したきっかけ

知人の紹介 () 様・口コミ・雑誌・ホームページ
家が近所だから・他院からの紹介 ()

★受診の目的 手術希望・リハビリ・MRIなどの検査・体外衝撃波
処方・治療方針の相談・装具の作成・その他 ()

★今回の症状で他院に通院していましたか

いいえ・はい⇒整骨院・鍼灸院・病院 名称：()

★今までに手術をしたことはありますか

いいえ・はい⇒(手術 : 年)(手術 : 年)

★下記の疾患はありますか

高血圧・喘息・心臓疾患・脳梗塞・リウマチ・膠原病・その他 ()
薬剤アレルギー () 食物アレルギー ()
病院名 () 病院名 ()

★内服している薬はありますか いいえ・はい⇒お薬手帳を提出してください

★体内に金属はありますか いいえ・はい ★血流を良くするお薬をのんでいますか いいえ・はい

※女性のみお答えください⇒ 妊娠中ですか はい・いいえ 授乳中ですか はい・いいえ

※日常的にスポーツをされている方へ

種目 所属チーム ポジション

近々の大会スケジュール及び復帰目標など いつ 大会名

下の図に○をつけて下さい

