

問診票



医療法人社団 天友会
十日市場整形外科内科
リハビリテーションクリニック

ふりがな		生年月日 T・S・H・R		身長()cm
氏名	男・女	年 月 日(歳)		体重()kg
住 所 〒 -			<input type="checkbox"/> ()人暮らし <input type="checkbox"/> 施設入居中	介護保険 要支援() 要介護()
自宅・携帯電話		緊急時連絡番号		職業
		続柄()		

●下記に該当しているものはありますか

☐ なし ☐ 妊娠中(出産予定日: 月 日) ☐ 授乳中 ☐ 体内金属 ☐ ペースメーカー
☐ 喘息 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ その他感染症()

●現在通院治療中もしくは
これまで大きなけがや病気・手術歴はありますか

☐ あり ☐ なし
 病名 ()

●薬剤・食物アレルギーはありますか

☐ あり ☐ なし
 内容・症状 ()

●本日、お薬手帳はお持ちですか

☐ あり ☐ なし ☐ アプリ
 ●喫煙されますか
☐ いいえ ☐ はい(歳から1日 本)
☐ 吸っていた(歳まで1日 本)

●運動されますか

☐ はい 内容() ☐ いいえ
 ●飲酒されますか
☐ いいえ
☐ はい(週 日)/ 種類()/ 量(ml)

●何科をご希望ですか

☐ 整形外科 ☐ 内科(体温 °C)

●診察を希望する場所に○をつけてください

●症状はいつからですか

()

●どのような症状ですか

☐ 痛み ☐ しびれ
☐ 腫れ ☐ キズ
☐ その他(内科の症状はこちらへ)

()

●思い当たる原因はありますか

☐ けが ☐ 不明
☐ その他

()

●「当院の個人情報取り扱いについて」の記載内容について同意しますか ☐ 同意する

●マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しますか ☐ 同意する

●本日、付き添いの方はいますか ☐ いる 続柄() ☐ いない

※高校生以下の患者様は原則保護者との受診をお願いしております。
なお、中学生以下の単独受診はお断りさせていただいてます。

●ご興味のある治療はありますか

☐ 骨粗鬆症 ☐ 巻き爪 ☐ ヘルストロン

●当院は何で知りましたか

☐ Google ☐ コミ ☐ Googleマップ ☐ HP(検索ワード:)
☐ 紹介(医療機関・整骨院・家族・知人) ☐ 通りがかり ☐ 以前から通っていた