

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 氏名	生年月日 T・S・H・R 年 月 日(年歳)	身長()cm 体重()kg
------------	-------------------------------	--------------------

住所	〒 -	□()人暮らし □ 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がありますか

- 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

- これまで大きなかがや病気・手術歴はありますか
あり なし

病名

[]

●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)

●薬剤・食物アレルギーはありますか

- あり なし

内容・症状

[]

●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)

●症状はいつからですか

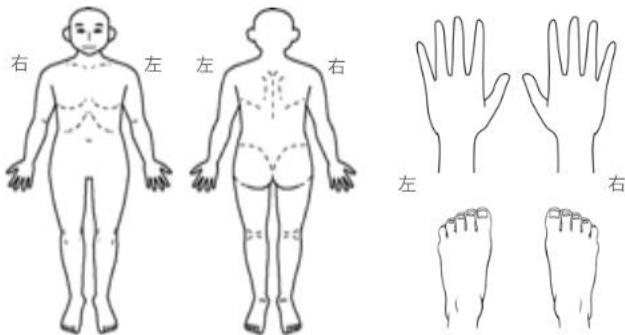
[]

●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)

[]

●診察を希望する場所に○をつけてください



●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います。

●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口コミ 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