

がくとう整形外科クリニック問診票

受診日 年 月 日

ふりがな			性別
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
住 所	〒 —		電話 () 携帯 ()
職 業			
学 生	小学生・中学生・高校生・大学生・専門学校生 (学年 年生) (部活)		
身長/体重	身長 cm / 体重 kg		

① 今日はどんな症状・いつからですか？

診てもらいたい部位 _____

★症状のある部位を右の図で○
(まる) で示してください。

☐痛み ☐しびれ ☐出血のあるケガ ☐動きが悪い
いつから _____ 前から
原因は _____

※以下の場合のみチェック

☐交通事故
☐仕事もしくは通勤途中 ☐労働災害ではありません
☐接骨院・整体に 通っている・通っていない

② 現在治療中の病気・薬の服用があればお答えください

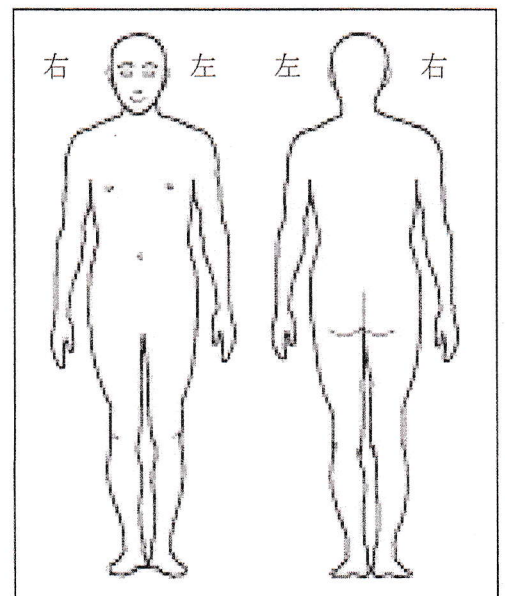
高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 喘息 胃潰瘍
腎臓病 [透析している・していない]

・治療中の病気はない

その他 ()

病院名 ()

※お薬手帳やお薬の説明書等お持ちの方はお出してください



③ 今までに大きな病気や手術・既往歴は、ありますか？

いいえ ・ はい (病名 _____)

★てんかん・けいれんを起こしたことが？ ない・ある

④ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ない・ある

薬 () ・ 食べ物 ()

⑤ 女性の方のみお答えください (レントゲン撮影、投薬のときの影響を考慮するためです)

■妊娠中ですか？ (いいえ・はい (カ月)) ■授乳中ですか？ (いいえ・はい)

⑤ ★現在、介護保険の認定を受けていますか？ (いいえ・はい → 要支援・要介護)