

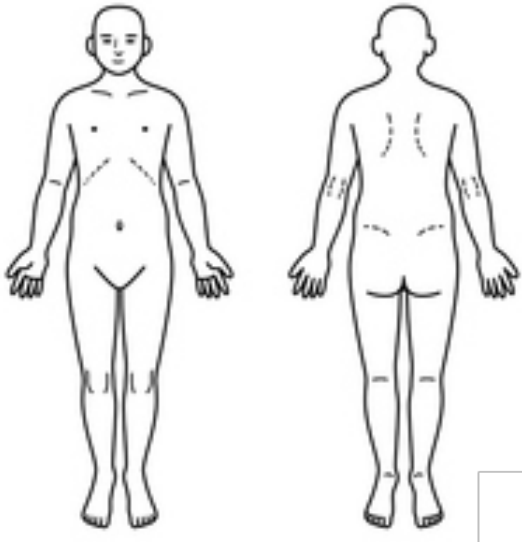
飯島整形外科 問診表

フリガナ		男・女	介護認定	有 ・ 無
お名前		身長・体重	c m	k g
生年月日	年 月 日 歳			
ご住所	〒			
お電話番号	自宅		携帯	
	上記以外のご連絡先：			
学生の方	学校名	大・高・中・小	年	部
お勤めの方	事務職 ・ 営業職 ・ サービス業 ・ その他 ・ なし 主に立ち仕事 ・ 主に座り仕事 ・ 肉体労働 ・ 歩くことが多い			

競技されている方

スポーツ種目		ポジション	利き手	手 (右・左) : 足 (右・左)
スポーツレベル	選手 (レギュラー・控え) ・ 趣味で ・ 健康の為	練習内容	1日	時間・週 回
経歴	年	現在： 辞めた・休んでいる・種目変更・ペースダウン・変えていない		

【1】 診察を希望する部位に印をつけてください。



【2】 原因となった状況は次のどれですか？

(工作中・通勤中・交通事故・左記以外)

また具体的な原因は思いあたりますか？

特にない・ある→ []

【3】 その症状はいつからですか？

年 月 日頃から

【4】 今回の症状で治療を受けたことが有りますか？

ない ・ ある (病院・接骨院・その他)

どのような治療を受けましたか？

(投薬・注射・レントゲン・リハビリ・電気治療・
マッサージ・鍼灸・その他)

紹介状 (ない・ある) ・ 画像 (ない・ある)

【5】 過去に以下の診断を受けたことがありますか？ (ない ・ ある)

(心疾患・不整脈・腫瘍・肝炎等感染症・脳血管疾患・てんかん発作・精神疾患)

(手術歴： その他)

その中で現在も治療中を受けている疾患はありますか？ (ない ・ ある)

あると答えた方→ (心疾患・不整脈・腫瘍・肝炎等感染症・脳血管疾患・てんかん発作・精神疾患)

【6】 体内に金属はありますか？ (ない ・ ある)

あると答えた方 (手術クリップ・人工骨頭・人工関節・プレート・ペースメーカー・インプラント)

(その他：)

【7】 薬のアレルギーはありますか？ (ない・ある→)

今飲んでいるお薬は？ (ない・ある→)

※あると答えた方はお薬手帳をご持参下さい。

【8】 現在妊娠していますか？

(妊娠していない・妊娠している・わからない・可能性がある (最終月経 / ~))

【9】 歯の治療で麻酔をかけたことがありますか？

(ある・ない・わからない・麻酔は合わないと言われた)

※この問診票を記入して、来院時に受付にお渡しください。その際記入漏れがないようお願いいたします。