

問診票

フリガナ 氏名		生 年 月	明・大 昭・平 年 月 日生 歳
住所	〒	電 話	自宅
			勤務先など

今回の受診は

1. 他院からの紹介
2. 知り合いからの紹介（ 様）
3. 当院ホームページを見て
4. 当院のチラシを見て
5. その他

職業は立ち仕事ですか？ はい いいえ

普段の靴はどんなものですか？（ ）

症状に○をしてください。

感染 有 無

浸出液 有 無

疼痛 有 無

※ 有 とお答えの患者様

疼痛はどのような時に起きますか。 安静時 動作時 その他（ ）

歩行距離に関係しますか？ はい いいえ

靴の種類に関係しますか？ はい いいえ

巻き爪の治療に関しての質問です。

深つめをよくしますか？ はい いいえ

体重増加や体質(多汗)や環境によって巻き爪になる事をご存知ですか？

はい いいえ

保険診療と保険外診療の治療があるのをご存知ですか？ はい いいえ
飲むお薬で治療できると思いますか？ はい いいえ
外科的に手術をしないと治らないとお考えですか？ はい いいえ
手術の際に一緒に説明を聞いておきたいとお考えのご家族の方はおられますか？

はい いいえ

これまでにかかった病気や手術はありますか？ はい いいえ

巻き爪で他の病院の治療を受けた事がありますか？ はい いいえ
巻き爪に対する手術の経験 有 無

局所麻酔の経験はありますか？ はい いいえ
薬のアレルギー、その他のアレルギー疾患を持っていますか？

はい いいえ

足の血流が悪いと言われた事がありますか？ はい いいえ
血をサラサラにするお薬を飲まれていますか？ はい いいえ

※ はい とお答えの患者様

そのお薬は中止できますか？ はい いいえ

妊娠中ですか？ はい いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

今後の治療希望に○をつけて下さい。

内服 湿布処置 外科手術 ワイヤー処置 経過観察 その他

ご回答ありがとうございました。

いわさきクリニック