

整形外科問診票

名前(フリガナ)	性別	年齢	生年月日	職業
	男 女	才	年 月 日	
住 所			電話番号	

●どのような症状がですか

痛み しびれ はれている 動きにくい

違和感(だるさ)がある こり

その他()

●いつごろから症状は出てきましたか？

●症状のある部位はどこですか《症状のある部位に○もつけて下さい》

●症状が出てきたきっかけ・原因は何ですか？

*また、症状が出てきてから変化はありましたか

変わらない 悪化 改善

●安静にしてもその症状は出現していますか

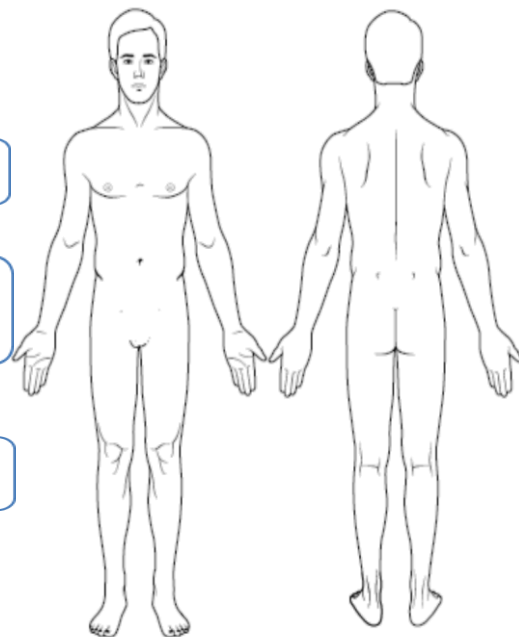
はい いいえ

●今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください

() 病院・医院

治療内容：投薬 注射 物療 その他()

検査：レントゲン MRI その他()



紹介状	持参フィルム
あり・なし	あり・なし

●現在治療中の病気があればお答えください。

高血圧 糖尿病 心臓病(狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍

その他() 治療中の病気はない

*現在服用されているお薬はありますか。

はい() いいえ

*現在整骨院に通院されていますか。 はい いいえ

●過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。

手術名() () 年) () 年)

●薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答えください。

ある：薬() 食べ物() ない

●趣味・健康目的で何か運動(スポーツ)をされていればお答えください。

種類() 頻度()

●女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか：いいえ はい 可能性がある

授乳中ですか：いいえ はい

●当院をお知りになったきっかけは？

①家族が当院に通院中である ②知人の紹介 ③ホームページを見て ④職場から近い
ので ⑤他医療機関からの紹介 ⑥自宅から近いので ⑦その他()