

新松戸むらた整形外科 問診票

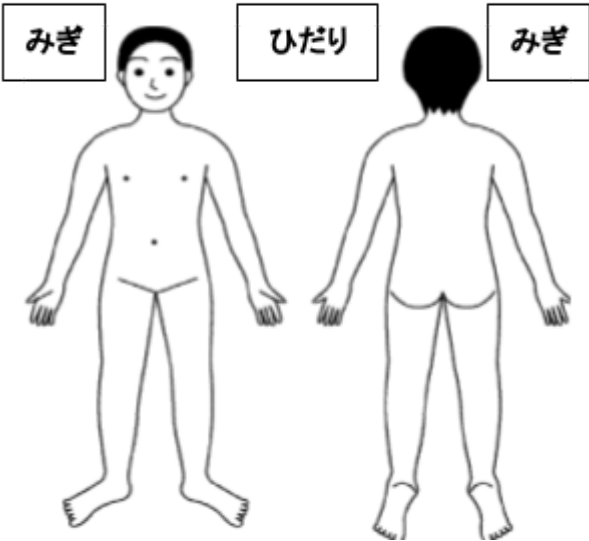
事務記入欄  
薬忘れ 薬アプリ 市販

以下の問診表にご記入をお願いいたします。わからないところは空白のままで構いません。

- ❖ お薬手帳、紹介状、画像データ(レントゲンフィルム、CD-RやDVDなど)をお持ちの方は、受付へ一緒にご提出ください。
- ❖ 当クリニックは、労働災害(工作中・通勤中でのケガ)の診療および生活保護の医療扶助について、当局の認可を受けておりません。他院へご案内する場合があります。あらかじめご了承ください。
- ❖ 交通事故(自転車含む)等の第三者による加害行為で、損害賠償等を受けられる場合(自賠責保険等)の診療は、当クリニックでは取り扱いがございません。他院へご案内しております。あらかじめご了承ください。

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 / 年齢 \_\_\_\_\_ 才  
 〒 \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 (📍こちらには、日中に連絡の取れる電話番号の記入をお願いします)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

- ❖ 本日、受診を希望する部位はどこですか？  
右(→)の図に○をつけてください。



- ❖ 工作中・通勤中のケガ(労働災害等)または、相手のいる交通事故ですか？ ( はい いいえ )
- ❖ ころんだ・ぶつけたなどのケガですか？ ( ころんだ ぶつけた いいえ )
- ❖ 学生・児童の方への質問  
登下校時・部活動時・学校内や幼稚園(保育園)での傷病等ですか？ ( はい いいえ )
- ❖ 今回、お困りの症状はいつからですか？  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

当クリニックを知ったきっかけを教えてください (○で囲んで下さい。複数可)  
 知り合いからの情報(口コミ)      インターネット検索      看板・掲示物  
 近所に住んでいるため      雑誌・タウン情報誌など      以前、院長の診察を受けたことがある  
 その他( \_\_\_\_\_ )

裏へ➡

( )年前 ( )月前 ( )週前 ( )日前

❖ 現在の症状で、ほかの病院や接骨院や整骨院などで治療中ですか？ ( はい いいえ )

- はいの方: 受診先・治療先の名称( )
- 受診先・治療先で診断名または病名は何と説明されていますか？

下記にあてはまるものがあれば○をつけてください(複数可)

坐骨神経痛 脊柱管狭窄症 椎間板ヘルニア 四十肩、五十肩  
変形性股関節症 変形性ひざ関節症 ひざの半月板損傷 関節リウマチ  
骨そしょう症 痛風(つうふう) 脱臼、骨折、ねんざ(場所 )  
そのほか( )

❖ これまでにかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけてください。

特になし

糖尿病 ぜんそく 高血圧 心臓病(不整脈、狭心症、心筋こうそく) 脳こうそく／脳卒中  
胃かいよう／十二指腸かいよう 甲状腺の病気 がん／腫瘍 目の病気(緑内障、白内障など)  
歯の病気(歯周病など) 心療内科疾患(不安神経症、うつ病など) アルツハイマー病／認知症  
そのほか ( )

❖ 現在、お薬を内服・使用をしていますか？ ( はい いいえ ) ※はいの方はお薬手帳をご提出ください

- お薬手帳をお忘れの方は( )内へわかる範囲でご記入ください
- ※内科や耳鼻科、眼科、歯科など他の病院からのお薬も、今回の診療に関係することがあります

( \_\_\_\_\_ )

❖ アレルギーはありますか？ ( はい いいえ )

「はい」の方: 内容をお書き下さい ( )

【女性の方にお尋ねします】

現在妊娠中ですか？ ( はい いいえ ) / 授乳中ですか？ ( はい いいえ )

❖ 心配なことや気になることについて、あてはまるものがあれば○をつけてください(複数可)

- レントゲンや超音波(エコー)などできちんと検査してほしい
- 薬を飲んだが、または注射をしたが症状がおさまらない
- 症状はそれほど困っていないので、心配な病気であれば薬はいらない
- 特定の病気(病名 )ではないかと心配している
- 骨がもろくなっている(骨そしょう症)のが心配なので検査や治療をしてほしい
- よくなる可能性があれば手術を考えている

その他、ご要望や心配に思っていることがあれば自由にお書き下さい。

( \_\_\_\_\_ )

以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。診察の順番までお待ちください。