

上郷整形外科・リハビリテーション科 初診問診票

() 受診日 令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	身長・体重
お名前			・明治・大正・昭和 ・平成・令和 年 月 日(歳)	cm/ kg
ご住所	〒		TEL 携帯番号	
介護保険	なし	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	

1. 差支えなければ、ご来院のきっかけを教えてください

- ご家族のご紹介 ⇒ お名前() 知人・ご友人 ⇒ お名前()
 病院・診療所からのご紹介 ⇒ 病院・診療所名()
 検索サイト ⇒ 検索サイト名()
 当院のホームページ 当院のフェイスブック 看板 直接クリニックをご覧になって
 その他()

2. 本日はどのような理由で受診されましたか？

当てはまる症状にチェックを入れてください

- 痛む 腫れている しびれる
 感覚が鈍い こわばる
 変形している 歩けない しこりがある
 その他()

3. その部位に○印をつけてください(右図)

4. その症状はいつ頃からですか？

- (月 日)から ()日前から
 ()週間前から ()カ月前から
 ()年前から 分からない

5. 症状が出た原因・きっかけはありますか？

- いいえ はい⇒()

6. そのことで今までに治療を受けられましたか？

- いいえ はい⇒()

7. 現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい(病名・治療の内容:)

8. 現在、服用中・外用中の薬(市販薬も含む)はありますか？

- いいえ はい(薬品名:)

9. 今までに大きな病気になったことや、治療・手術を受けられたことはありますか？

- いいえ はい(病名:)

10. 薬や注射でかゆみなどのアレルギー反応が出たことはありますか？

- いいえ はい(薬品名:)

11. 趣味・運動の習慣はありますか？

- いいえ はい()

12. 女性の方へ: 現在、妊娠中・妊娠の可能性ある、または授乳中ですか？

- いいえ 妊娠している 妊娠の可能性ある 授乳している

