

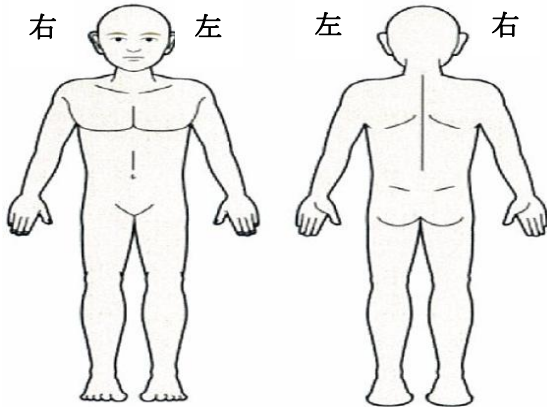
# フォレスト整形外科スポーツクリニック 問診票

ふりがな		男・女	生年月日 明・大・昭・平
氏名			年 月 日 生 歳
住所	〒 _____	電話	( _____ ) - _____

高齢の方 介護申請 要介護\_\_\_\_・要支援\_\_\_\_・なし

お名前： \_\_\_\_\_

- 今日はどうされましたか？  
 症状は \_\_\_\_\_  
 原因は？（例 転んでひねった等 具体的に）  
 \_\_\_\_\_



以下の方は○を付けてください  
 交通事故  工作中的のケガ（労災）

- いつごろからですか？  
 （例 ○月△日から、3か月前から等 具体的に）  
 \_\_\_\_\_
- 現在の症状に対し治療を受けたことがありますか  
 （はい・いいえ）  
 そこで受けた治療 検査はどのようなものですか  
 \_\_\_\_\_

症状がある場所に印をつけてください

- ご希望の検査、治療はありますか  
 （例 注射はイヤ リハビリ希望 MRI希望等）  
 \_\_\_\_\_

- 現在 スポーツをしていますか （はい・いいえ）  
 スポーツ種目（ \_\_\_\_\_ ） 頻度（週 \_\_\_\_\_ 回、1回につき 平日 \_\_\_\_\_ 時間、土日 \_\_\_\_\_ 時間）
- 以下の病気をお持ちの方は印をつけてください  
 （糖尿病 高血圧 喘息 心臓病 ペースメーカー 肝臓病 腎臓病 胃潰瘍）  
 糖尿病の方：HbA1C値 \_\_\_\_\_ 抗凝固剤（血液をサラサラにする薬）を内服中ですか（はい・いいえ）
- 現在 上記以外で治療中の病気はありますか （はい・いいえ）  
 （ \_\_\_\_\_ ） 内服中の方はお薬手帳の提示をお願いします。
- 大きな病気にかかり手術を受けたことがありますか （はい・いいえ）  
 （ \_\_\_\_\_ ）
- 飲み薬、点滴、注射にてアレルギー症状が出たことがありますか （はい・いいえ）  
 （ \_\_\_\_\_ ）
- 現在 妊娠中もしくは授乳中ですか （はい・いいえ）

以下はアンケートですのでご協力いただけると幸いです。当院をどのように知りましたか  
 ホームページ ・ 看板 ・ 家族 知人の紹介 ・ 当院の医師にかかっていた  
 モールに買い物に来て ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

以上 ご記入ありがとうございました。