

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	生年月日 明・大・昭・平
氏名		女	年 月 日生 歳
住所	〒 -	電話	() -

お名前

Xp : OK NG オーダー 薬剤手帳スキャン

● 今日はどうされましたか
 症状と部位(例 腰が痛い 足がしびれる 等 具体的に)

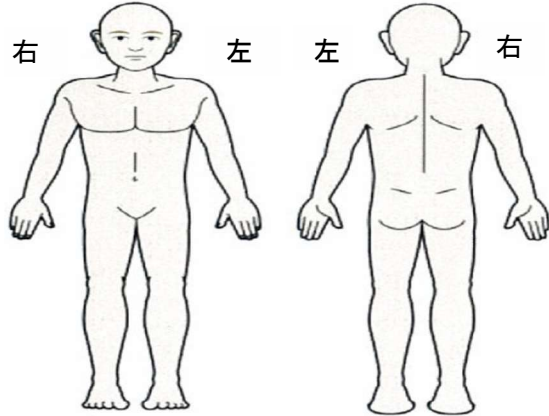
● 原因(例 転んでひねった 等 具体的に)

* 原因が以下の方は○を付けてください

() 交通事故 () 工作中的ケガ(労災予定)

* 交通事故の方 警察用診断書は必要ですか (はい・いいえ)

* 傷害保険・スポーツ傷害保険を利用する予定ですか (はい・いいえ)



症状がある場所に印をつけてください

● 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)

● 現在の症状に対し診察を受けたことがありますか (はい・いいえ)
 はいの方 そこで受けた治療 検査はどのようなものですか

● 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 各時間、土日各 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 高脂血症 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 _____

● 現在内服している薬はありますか (はい・いいえ)

はいの方 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)

● 上記以外で治療中の病気や、今までかかったことのある病気(入院や手術を要するもの)はありますか
 (はい・いいえ)

はいの方 (病名・手術名 : _____)

● この1年間で健康診断を受けていますか (はい・いいえ)

はいの方 (時期 _____)
 (指摘されたこと _____)

● 飲み薬、点滴、注射でアレルギー症状が出たことがありますか (はい・いいえ)

(薬剤名 : _____)

● 女性の方のみ 妊娠中ですか (はい・いいえ) 妊娠の可能性はありますか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)

● 高齢の方 介護申請していますか (はい・いいえ) はいの方 要介護 _____ 要支援 _____