

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 大・昭・平・令
氏名		・	年 月 日生 歳
住所	〒 _____	携帯電話	_____

Xp : OK NG オーダー 薬剤手帳スキャン

お名前

症状がある場所に印をつけてください

1. 症状と部位(例 腰が痛い 足がしびれる 等 具体的に)

2. 原因(例 不明 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 () 仕事中のケガ(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)

3. 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)

4. 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 そこで受けた検査 診断 治療はどのようなものですか

5. 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)

6. 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)

7. 現在治療中の病気や、今までにかかったことのある病気はありますか

☐ 糖尿病: HbA1C 値 ☐ 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 ☐ その他 病名: _____

8. 現在内服している薬はありますか (はい・いいえ) ※はいの方は質問7で必ず病名を記載してください

* 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)

9. 今までに手術を受けたことはありますか (はい・いいえ)

* はいの方 病名・手術名: _____

10. 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)

* はいの方 薬剤名: _____

11. 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: _____

12. 女性の方のみ 妊娠中(はい・いいえ) 妊娠の可能性がある(はい・いいえ) 授乳中(はい・いいえ)

13. 高齢の方 介護申請していますか(はい・いいえ) * はいの方 要支援: 1 2 要介護: 1 2 3 4 5

