

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男	ご職業		
お名前		・ 女	生年月日	年	月 日 (歳)
			電話番号		
住 所	〒			身長 :	cm
				体重 :	kg
				体温 :	℃

治療・治療費の希望にそれぞれチェックをお願い致します。

☐ 気になる症状すべてに対しての検査や治療を希望 ☐ すべて保険で治してほしい

☐ 今気になる症状に対してのみの検査や治療を希望 ☐ 必要に応じて保険外も検討

お悩みの症状は何ですか？ またその症状はいつからですか？

()

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質代謝異常 ☐ 心疾患 ☐ 癌 ☐ 喘息 ☐ 脳出血/脳梗塞

☐ 不整脈 ☐ 痛風 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他 ()

ご家族の方で現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質代謝異常 ☐ 心疾患 ☐ 癌 ☐ 喘息 ☐ 脳出血/脳梗塞

☐ 不整脈 ☐ 痛風 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他 ()

過去に手術を受けられたことはありますか？ ※ありの場合はどんな手術か記入して下さい。

☐ なし ☐ あり ()

現在服用中のお薬はありますか？ ※ありの場合は記入して下さい。

☐ なし ☐ あり ()

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐ なし ☐ 日光 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ アルコール ☐ 金属 ☐ 花粉

☐ 薬・食べ物 ()

☐ その他 ()

該当するものにそれぞれチェックをお願い致します。

●お酒はのみますか？

☐ 飲まない ☐ 飲む → 週 () 日 1日の摂取量 ()

●たばこは吸いますか？

☐ 吸わない ☐ 吸う → 1日 () 本 ☐ 禁煙した (いつ頃 :)

●妊娠中・授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ わからない ☐ はい () 週目 ☐ 授乳中

当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

・ ホームページ ・ Instagram ・ キレイパス ・ イーパーク ・ ビル内の施設を利用中

・ メディカルドック (まとめサイト) ・ 知人の紹介 (ご紹介者様名 :)

・ その他 ()

整形外科・麻酔科 問診票

令和 年 月 日
お名前：

該当する症状にチェックをお願い致します。				
☐ 痛い	☐ しびれる	☐ 動きにくい	☐ 腫れている	☐ 捻挫
☐ ぶつけた	☐ 違和感がある	☐ 感覚が鈍い	☐ 力が入らない	☐ 変形
☐ つっぱる	☐ 音がする	☐ その他（	）	
症状が出ている場所はどこですか？				
（				
症状はいつからですか？				
（				
該当する症状の頻度にチェックをお願い致します。				
☐ 常時何をしなくても	☐ 日常生活では症状はないが、運動すると症状が出る			
☐ 安静にしている時	☐ 圧迫すると	☐ 体重をかけると	☐ 夜間	
☐ その他（	）			
症状が出たきっかけにチェックをお願い致します。				
☐ 転倒	☐ ぶつけた	☐ ひねった	☐ 運動中	☐ 工作中
☐ 交通事故	☐ 原因不明	☐ その他（	）	
交通事故の方は事故発生日時を記入して下さい。				
令和	年	月	日	時 分頃
今回の症状で他の病院を受診されましたか？				
☐ いいえ ☐ はい → 紹介状 ☐ なし ☐ あり				
病院名（				
）				
麻酔で気分を悪くしたことがありますか？				
☐ 麻酔の経験なし ☐ いいえ ☐ はい				
関節の痛みに治療効果が期待できる、再生医療にご興味はございますか？				
☐ いいえ ☐ はい				