

うしく整形外科クリニック 予診票

ふりがな

平成 年 月 日

氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日: 明・大・昭・平 ____年__月__日

〒 _____ 住所: _____

電話番号: (_____) _____

1) 今日は何のどこが悪くて受診されましたか?
(右の図に○をつけてください)

2) どうされましたか?
痛い・しびれる・動かない・腫れる・変形がある
その他(_____)

3) それはいつ頃からですか?
本日から・__日前から・__週間前から
その他(_____)

4) 思い当たる原因がありますか?
転倒・スポーツ・交通事故・使いすぎ・仕事(立ち仕事・座り仕事・重いものを持つ)
原因不明・その他(_____)

5) そのことについてどこかで治療を受けられましたか?
治療はしていない
治療をしている: いつ: _____ どこで: _____
治療内容: 内服・シップ・注射・はり・マッサージ・その他(_____)

6) 薬などのアレルギーがありますか? ない、ある (_____)

7) 現在、妊娠している可能性はありますか? ない、ある

8) 現在、他の病気で治療されていることがございますか?
糖尿病・高血圧・高脂血症・つう風・ぜんそく・胃潰瘍・心臓病・腎臓病・肝臓病
その他(_____)

9) 当クリニックをどのようにお知りになりましたか?
紹介・チラシ・看板広告・ホームページ・近くに住んでいる・家族が通院していた・
コナミスポーツクラブの会員・その他(_____)

10) 介護保険の認定を受けていますか?
要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

