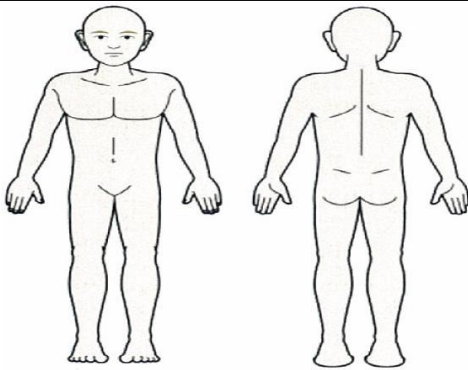


フォレスト整形外科スポーツクリニック 問診票

| | | | |
|------|---------|----|--------------|
| 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 | () - _____ |

高齢の方 介護申請 要介護____・要支援____・なし

氏名



症状がある場所に印をつけてください

今日はどうされましたか？

症状は _____

原因は？ _____

いつごろからですか？

現在の症状に対しどこかで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

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 レントゲン取りたくない 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)

現在 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)

()

喘息はありますか (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くと幸いです。

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。