森整形外科リハビリクリニック　問診票

（わかる範囲で結構ですのでご記入ください）

現住所	〒　　－			
電話番号	自宅　　－　　－	携帯　　－　　－		
ふりがな			身長	体重
氏名			cm	kg

1．今回の症状は　いつ頃からお困りですか？

（　　）頃から

2．原因に心当たりはありますか？

☐ 特になし ☐ 交通事故 ☐ 転倒転落 ☐ 運動 ☐ 労働災害

☐ その他　（　　）

3．どのような症状ですか？

症状のある場所：（　　）

症状の内容：☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 腫れている ☐ その他

4．今回の症状で治療を受けたことがありますか？

☐ いいえ ☐ はい　治療内容（　　）

5．現在内服している薬はありますか？

☐ いいえ ☐ はい　内容（　　）

お薬手帳はありますか ☐ あり ☐ なし

6．今までに下記の病気にかかったことはありますか？（あるものに☑）

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脳梗塞 ☐ 心臓病

☐ 腎臓病 ☐ 胃潰瘍 ☐ 緑内障

7．薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐ いいえ ☐ はい　（内容　　）

8．女性の方のみお答えください。妊娠中もしくはその可能性、また授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中

9．希望する検査・治療はありますか？

☐ 骨密度測定 ☐ リハビリ

10．介護保険をお持ちですか？

☐ はい　（等級　　） ☐ いいえ

11．当院を何で知りましたか？

☐ ロコミ ☐ インターネット ☐ 前を通って

☐ 他院からの紹介 ☐ 人からの紹介（紹介者　　）

ありがとうございました。受付までお持ちください。

なお、出血をともなう傷がある場合は受付にお申し出ください。

森整形外科リハビリクリニック
MORI ORTHOPEDICS & REHABILITATION CLINIC