

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 (未成年の場合は保護者)		
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、もしくは妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい 可能性あり

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. 当院を何で知りましたか？

- 口コミ インターネット 看板 前を通過して
 他院からの紹介

ありがとうございました。受付までお持ちください。

なお、出血をとともう傷がある場合は受付にお申し出ください。