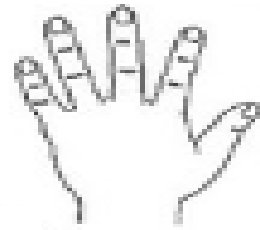
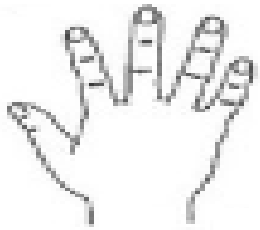
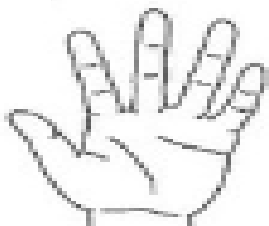
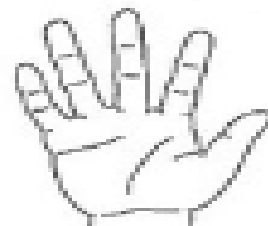
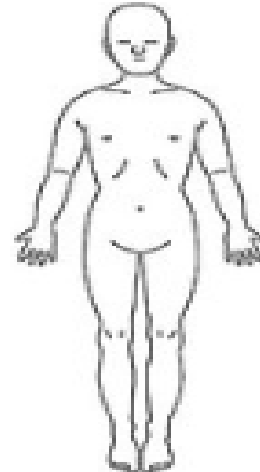
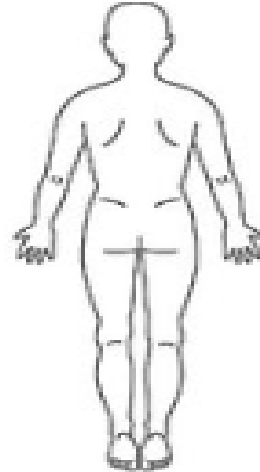




筒井整形外科クリニック

ID

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
お名前				年	月	日	(歳)
ご住所	〒 -						
電話番号	自宅 () 携帯 ()						
職業/学年		身長		cm	体重		kg

症状のある部位に○をつけてください	
左   右   左足  右足  左足裏  右足裏  右  左  右	
☐ 証明書・診断書の希望	
いつから症状がありますか？ ☐ 今日 ☐ () 日前 ☐ () 週間前 ☐ () ヲ月前 ☐ () 年前 ☐ 特に症状が悪化した場合 ☐ 交通事故の場合 月 日 頃 日	発症原因に心当たりはありますか？ ☐ 特になし☐ 交通事故 ☐ 工作中や通勤中のケガ 労災申請 する・しない ☐ 切った☐ スポーツ () ☐ 転倒した☐ ぶつけた☐ ひねった☐ その他 ()
どのような症状ですか？ ☐ 痛い☐ しびれる☐ 腫れている☐ つっぱる・つる☐ しこり☐ 違和感☐ 骨粗しょう症が気になる ☐ その他 ()	
どのような時に症状が出ますか？	☐ 安静にしている時も症状がある ☐ 動くと症状が出る (症状が出る動作：)
この症状は初めてですか？	☐ 初めて☐ 繰り返している
ご希望の治療はありますか？	☐ おくすり (アレルギー：) ☐ 湿布☐ その他
この症状で治療を受けた事がありますか？	☐ 受診していない☐ 以前受診した☐ 現在も受診している 病院名 () 治療：☐ 注射☐ 内服☐ リハビリ (電気治療☐ 運動リハビリ)
現在、内服をしているお薬はありますか？	() ※お薬手帳をご持参の方は提出ください
今までにかかった病気や、 その他入院・手術が 必要となった病気はありますか？	☐ 喘息☐ 糖尿病☐ 悪性腫瘍☐ 腎臓病☐ 前立腺肥大 ☐ てんかん☐ 脳卒中・脳梗塞 (後遺症：) ☐ その他 () ☐ 手術 (いつ頃： ・手術名：) 手術を受けた病院名 ()
身体の中に、ペースメーカー・プレート などの金属が入っていますか？	☐ いいえ☐ はい (部位：)
妊娠中または授乳中ですか？ (女性の方)	☐ 妊娠中 (週)☐ 授乳中☐ いいえ☐ わからない (可能性がある)
介護保険の認定を受けていますか？	☐ いいえ☐ はい (要支援☐ 要介護 1 2 3 4 5)
当院を受診したきっかけは何ですか？	1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) 以前に来院 5) 看板 6) インターネット ☐ 病院ナビ ☐ Googleマップ ☐ 当院のホームページ 7) その他

診察の前に問診を行い、院長の指示のもと必要な検査（レントゲン撮影など）をさせていただく場合があります。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。