

# 診察申込書

ID番号 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 性別 男(M) 女(F)

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_ ご関係 \_\_\_\_\_

外国籍の方は下記質問へ回答をお願いします。(Please answer if you are foreign people.)

国籍 (Nationality) \_\_\_\_\_ 言語 (Language) \_\_\_\_\_

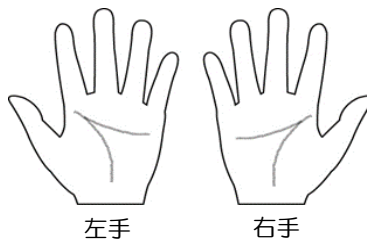
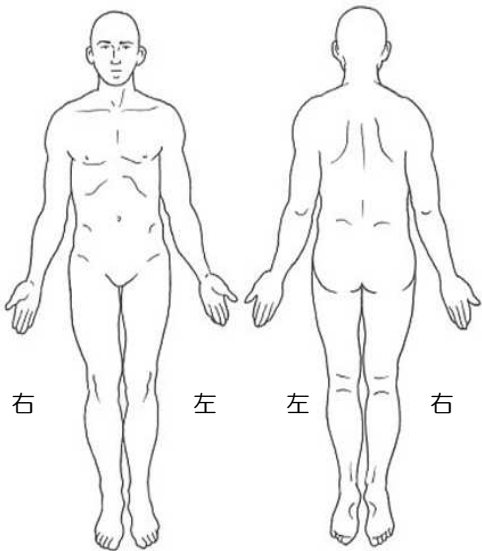
## 今回の症状に関する問診

\* 当院の受診目的は、以下のどれに当てはまりますか? (☑ してください)

 検査  手術  セカンドオピニオン  その他

\* どのような症状がありますか?

症状のある場所を、図に○をつけてどのような症状か(痛み、しびれ、つっぱり感など)書いてください。

その症状はどのような姿勢で起こりますか?  
どのような動作で起こりますか?

\* その症状はいつからありますか? きっかけ(事故、アクシデント)などもあれば教えてください。

\* その症状は悪くなってきていますか? 改善してきていますか? (☑ してください)

 悪化  改善  ほぼ同じ状態で続いている

\* その症状について、どこかで治療を受けましたか?

受けた場合、どこで受けましたか? (☑ してください)

 治療を受けていない 治療を受けた どので受けましたか? : \_\_\_\_\_\* **腰痛の症状がある方のみ**への質問です (☑ してください)

※ここでの腰痛とは、腰のベルトをする場所より少し上の真ん中あたりの痛みです。

臀部の痛みは、ここでは腰痛としません。

- |                            | はい                       | いいえ                      |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 長時間の座位で腰が辛い             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 長時間の座位のあと、立ち上がる動作で腰痛がある | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 長時間の座位で、腰痛によりもぞもぞ動く     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 今まで何度か激しい腰痛があった         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 重量物を持ち上げるとき、腰痛がある       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 洗顔の動作で腰痛がある             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 前屈したほうが腰痛は強い            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

★★★ つづいて、裏面のご記入もお願いいたします ★★★

◎ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ

はい →  高血圧  糖尿病  ぜんそく  心臓病  脳梗塞・脳出血

その他

◎ 現在内服中のお薬はありますか？（手帳を受付まで提出してください）

いいえ

はい（手帳に記載がない薬があれば記入してください）

◎ アレルギーはありますか？

いいえ

はい →  薬： \_\_\_\_\_  食べ物： \_\_\_\_\_

金属： \_\_\_\_\_  その他： \_\_\_\_\_

◎ 女性の方に伺います。現在妊娠している可能性はありますか？

いいえ

はい

◎ 新型コロナワクチンを接種していますか？

未接種  接種済み（ \_\_\_\_\_ ）回

◎ 海外渡航に伴う感染症疾患への罹患について

10日以内に海外から帰国されましたか？

いいえ

はい → 国名（ \_\_\_\_\_ ）

◎ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

医師からの紹介（  医師からの勧め  自分から医師へ依頼）

ご家族・知人からの紹介 … 紹介された方から当院をどのようにすすめられましたか？

（ \_\_\_\_\_ ）

インターネット … 当院を受診する決め手になったことは何ですか？

（ \_\_\_\_\_ ）

テレビ・新聞・メディア

広告（駅・バスなど）

当院は、患者さんの取り違い防止など医療事故防止のため、お名前呼び出しをしております。  
お名前での呼び出しで支障のある方は予めお申し出ください。