

問 診 票

年 月 日

※紹介状・MRI等の画像をお持ちの方は、
受付にご提出ください。

◎いつから症状がありますか？

_____ から

◎どこが良くないのですか？

右の図に以下のしるしをつけてください

痛み	:	○で囲む
しびれ	:	×をつける
その他の症状	:	△をつける

△をつけた方→どのような症状ですか？
(腫れ・変形 など)

[]

◎その原因にころあたりがありますか？

はい (下記に原因をご記入ください)

[]

いいえ

◎この症状に関して、どこかで治療を受けましたか？

はい ⇒

(病院、医院、接骨院で)
(飲み薬、湿布、注射、手術、マッサージ、その他)

[]

いいえ

◎現在治療中の病気はありますか？

はい ⇒ 高血圧 心臓病 糖尿病 喘息
 その他 ()

いいえ

◎今までに手術を受けたことがありますか？

はい ⇒ []

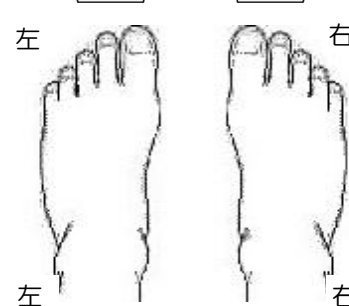
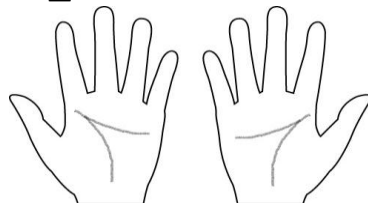
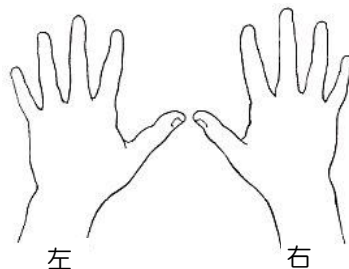
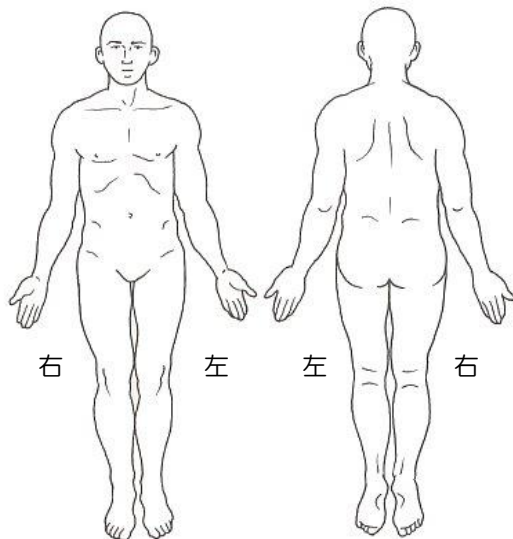
いいえ

◎現在、服用中の薬はありますか？

(お薬手帳などをお持ちの方は、受付にご提出ください)

はい ⇒ []

いいえ



※裏面にも記入事項がございます。ご記入をお願いいたします。

◎アスピリン喘息と言われたことはありますか？

ある

ない

◎アレルギーはありますか？

はい ⇒ 食べ物 () 薬 ()
金属 () その他 ()

いいえ

◎女性の方にお尋ねいたします。

妊娠している可能性はありますか？

ある ない

◎海外渡航に伴う感染症疾患への罹患について

○1年以内に海外に滞在されましたか？

はい ⇒ どの国に行かれましたか？すべてご記入ください ()

いいえ

◎介護保険はお持ちですか。

はい (支援 介護 1・2・3・4・5)

いいえ

◎当院をどのようにして、お知りになりましたか？(複数回答可)

医師からの紹介 (医師からすすめられた、自分から医師に依頼した)

家族、知人からの紹介 インターネット 駅、バスなどの広告 (広告名：)

テレビ、新聞、雑誌などのメディア (メディア名：)

その他 ()

◎紹介された方は、紹介者から当院をどのようにすすめられましたか。

{ } ()

◎インターネットを検索された方は、当院を受診する決め手となったことは何ですか。

{ } ()

◎その他にご希望等がありましたらご記入下さい (医師、当院に聞きたい事など)。

{ } ()

診 察 申 込 書

年 月 日

ふりがな 氏 名 _____ 生年月日 明・昭 大・平 _____ 年 月 日

住 所 _____ 都・道 府・県 _____ 区・市 郡 _____

自 宅 電話番号 _____ 性 別 男 (M) ・ 女 (F)

携 帯 電話番号 _____ 緊 急 連 絡 先 _____

(勤務先・知人・友人等)

☆外国籍の方は下記質問への回答にご協力お願いします。Please answer if you are foreign people.

国 籍 _____ 言 語 _____
Nationality Language

ご記入ありがとうございました。
紹介状・MRI等の画像をお持ちの方は、受付にご提出ください。

医療法人財団岩井医療財団
岩井整形外科内科病院