

問 診 表

診察日： 年 月 日

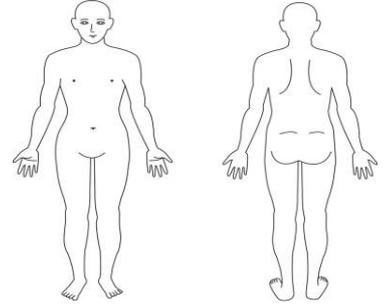
氏名： (歳) 身長： cm 体重 kg

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい ・ いいえ

他の医療機関からの紹介状・画像データをお持ちでしたら受付にお出してください。

↓症状のある部分を囲んでください

1. いつからどのように具合が悪いですか？症状の記入をお願いします
※痛くなったきっかけや時期、痛みの様子について具体的にご記入おねがいします。



・複数部位がある場合は特に症状が強い部位を記入をお願いします

2. 今までに次の病気にかかったことはありますか？

ない ・ ある →心臓病・高血圧・脳疾患・癌・肝臓病（肝炎、その他： ） 甲状腺異常・腎臓病
喘息・糖尿病・泌尿器・高脂血症・自律神経・痙攣（ひきつけ）・その他（ ）

血縁者が過去、または現在かかっている大きな病気はありますか？→

3. 今までに手術を受けたことがありますか？

ない・ある→いつ頃（ 年 月）部位：

4. 現在、他の病院に通院していますか？

いいえ・はい→病名： (病院名：)

5. 現在、飲まれている薬はありますか？（マイナ保険証による情報取得に同意された方は直近1ヶ月は省略可）

ない・ある→薬の名前：

6. アレルギーはありますか？

ない・ある→薬剤： () 食べ物 () その他 ()

7. 【女性の方】 現在授乳中ですか？

いいえ ・ はい

現在妊娠中または妊娠している可能性はありますか？

いいえ ・ はい

8. ご希望の検査があれば下記からお選びください。

レントゲン・MRI・エコー・血液検査・骨密度・体組成測定（自費）

12. ご希望の治療があれば下記からお選び下さい。

運動療法 ・ 物理療法(干涉派・超音波・マイクロ波) ・ 注射 ・ 装具/サポーター等
インソール作成 ・ 食事療法 ・ ウェイトマネジメント (医学的減量)

9. できるだけ受けたくない治療など、その他ご希望があれば、ご遠慮なく記入下さい。

10. 最後に当クリニックをどのようにして知りましたか？

①ご紹介 (様) ②インターネット ③SNS ③雑誌 () ④その他 ()

※ご協力ありがとうございました。

以上の質問を参考にした上で、医師としての立場からお奨めする検査・治療法があるかと思えます。

説明を受けられた後に、皆様各々の自己選択により、同意の上行いますのでご安心ください。

※当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより

質の高い医療の提供に努めている医療機関です。

より質の高い医療を提供する為、マイナ保険証の積極的利用をよろしくお願い致します。

整形外科 スポーツ・栄養クリニック代官山