

八田整形外科クリニック 問診票(一般)

ID: 記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日 (昭和・平成・令和) ※○をおつけください	
氏名			年	月 日 (歳)
住所	〒 -			
電話番号	自宅: - -	身長: cm	体重: kg	
	携帯: - -	職業・学年:		
	緊急連絡先: - -	介護認定	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
当院をどちらでお知りになりましたか?		ホームページ・マップ・近所・通りがかり・ご紹介・転院		

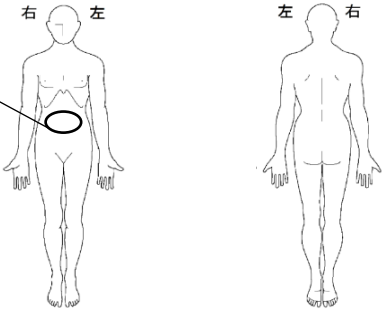
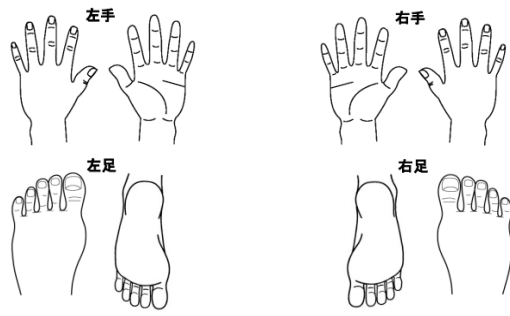
① 症状のある部位を○で囲み、症状について書き込んでください。

(例)

1/1~

痛み

しびれ

② 思いあたる原因はありますか?

原因不明・工作中・通勤途中・交通事故・その他 ()

③ 今回の症状で他の病院を受診されましたか? 例) ○○病院の○○科・紹介状と画像CD-R持参 など

ある ・ ない ※病院・クリニック名 ()

④ 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか? 例) 病名・病院名・手術名 など

ある ・ ない ※病名 () ※出来ればご記入ください

⑤ 現在、治療中の病気はありますか? ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

高血圧・糖尿病・胃・十二指腸潰瘍・喘息・痛風・脳卒中・がん ()

心臓病・腎臓病・肝臓病・精神疾患・血液感染症(エイズ・B型肝炎・C型肝炎・梅毒)

その他の病気:

内服中のお薬: ※薬の名前がわかればご記入ください

⑥ 薬・食べ物・注射などで具合が悪くなったことはありますか? 例) ○○アレルギーがある など

ある ・ ない ※原因 ()

⑦ 体内に金属は入っていますか?

ある ・ ない ※ある場合(ペースメーカー・人工内耳・人工肛門・義眼・整形外科手術による金属・その他)

⑧ 女性の方のみご記入ください

妊娠していない ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 (ヲ月) ・ 授乳中 ・ 閉経 (歳)

⑨ 診療や治療を受ける上でご希望はございますか? 例) 注射はイヤ、診断書が必要など

ある ・ ない ※ある場合具体的に ()

上記個人情報、医療機関提供範囲内でご利用させていただきます。

八田整形外科クリニック 同意書

※ご理解頂けましたらチェックとご署名をお願いします

- ☐ 患者様より過度な謝罪要求や大声での罵声、威圧などと感じられる場合及び治療診療に関する過度な要求をされる場合は、誠に申し訳ありませんが当日および今後一切の診療をお断りさせて頂くことに同意します
- ☐ 工作中、通勤途中にて受傷された場合、労災保険の適用となりますが、希望で健康保険にて受診された場合は途中での労災保険への切り替えは一切出来ないことに同意します

署名: