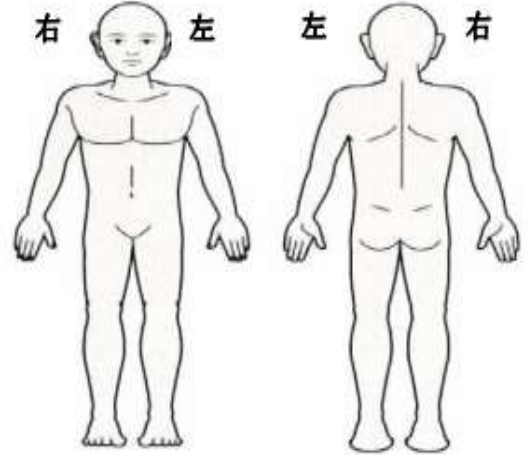




Fビレッジ整形外科スポーツクリニック 問診票

| | | | |
|-------------|----------|-----|--------------------------------|
| (職員記入) ID : | | 記載日 | 令和 年 月 日 |
| ふりがな | | | 男 女 |
| 氏名 | | | 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 歳 |
| 住所 | 〒 _____ | | 自宅 電話 () _____ 携帯 _____ |
| 身長 | _____ cm | 体重 | _____ kg |



- 今日はどうされましたか？
症状がある場所に印をつけてください

症状 _____

原因 _____

交通事故 ・ 工作中的事故（労災）・ 不明

- いつごろからですか？

- 現在の症状に対し、治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

治療・検査はどのようなものですか？

- 現在、スポーツをしていますか？ はい ・ いいえ

スポーツ種目 _____ 頻度 週 _____ 回 チーム名 _____

レベル レクリエーション / 一般 ・ 競技（地方・全国・国際） ・ プロ

- ご職業を教えてください _____ ・ 無職 ・ 学生【学校名： _____（ ）年生】

勤務形態 フルタイム パートタイム 自営業 その他 _____

通勤手段 徒歩 公共（バス・地下鉄・列車） その他 _____

仕事内容 座り仕事 立ち仕事 重い物を持つ 動き回る

- 以下の病気をお持ちの方は印をつけてください

糖尿病 高血圧 喘息 心臓病（ペースメーカー有 ） リウマチ

肝臓病 腎臓病 胃潰瘍 脳の病気 認知症 うつ

その他 _____

- 現在 内服中ですか？ はい ・ いいえ

- お薬手帳をお持ちですか？ はい ・ いいえ

★ 裏面もあります ★

- 大きな病気にかかり、手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

内容 -----

- 現在、妊娠中ですか？ はい ・ いいえ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

- アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

お薬 -----

食品 -----

金属 -----

その他 -----

湿布やテープ類でかぶれたり、赤くなったことがありますか？ はい ・ いいえ

- 治療を受けるにあたり、要望がある方は記載ください

例： 「〇〇医師を希望」「MRI検査を希望」「体外衝撃波を希望」「PFC-FDを希望」 等

- 骨密度検査を希望しますか？

骨粗鬆症を原因とする転倒や骨折、寝たきりの予防のため50歳以上の女性におすすめています
(検査の混雑状況により、次回受診日にご案内となることがあります)

骨密度検査を 希望する ・ 希望しない ・ 最近検査をうけた ・ 治療をしている

- 介護保険申請を行っていますか？ はい (要介護 ・ 要支援) ・ いいえ

- 身体障害者手帳をお持ちですか？ はい (等級 級) ・ いいえ

★ 以下はアンケートですので、ご協力いただけますと幸いです
当院をどのようにして知りましたか？

ホームページ・Instagram 家族・知人の紹介 新札幌整形外科病院に通院していた
その他 ()

以上 ご記入ありがとうございました