

ID 番号:

ふりがな:

お名前: 身長: cm 体重: kg 年齢: 歳

職業: 仕事内容: 利き手: 右 / 左

学校名: 学年: 年

部活・スポーツ: 【野球の方】 右・左 (投げ) / 右・左 (打ち) 守備: チーム名:

① 本日診察を希望する症状についてお答え下さい

・ 部位と症状 (部位は右の図に  で記入して下さい)

[]

・ いつから

月 日 / 週間前 / 年前 / わからない

・ 原因

あり (原因を記入して下さい) / なし / わからない

[]

② 症状が出てから他の医療機関を受診されましたか?

はい / いいえ

③ 紹介状や画像データ (DVD など) を持参されていますか?

はい / いいえ

④ 今までに整形外科の手術を受けたことがありますか?

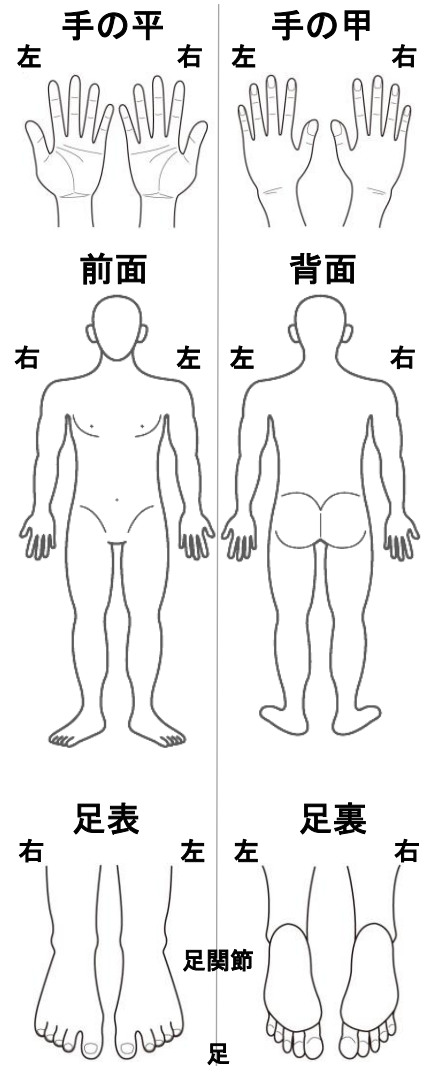
はい () / いいえ

⑤ 現在治療中、または過去に下記の病気をされたことはありますか?

はい / いいえ

はいの方は当てはまるものに○をつけて下さい

- ・ 悪性腫瘍 () ・ 喘息 (治癒 / 治療中) (小児喘息 年前まで)
- ・ 胃潰瘍 (治癒 年前 / 治療中)
- ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ リウマチ ・ 脳梗塞、脳出血 ・ 心臓疾患 ・ 腎臓病 ・ 肝臓疾患



⑥ 現在、飲んでいるお薬はありますか？

はい / いいえ

お薬手帳や、薬局での薬の説明書をお持ちであれば提出してください
お薬手帳などをお持ちでない方はご記入ください

薬の名前（ ）

⑦ 下記に該当するものがあれば☑をつけてください

- 特になし
- ペースメーカーが入っている
- 身体の中にプレートや金属が入っている（部位： ）
- 薬やアルコールなどアレルギーがある（内容： ）
- 妊娠中、または妊娠の可能性がある
- 授乳中

⑧ 希望される治療方法があれば☑をつけてください

- おまかせ
 - 薬が欲しい 薬は希望しない
 - 注射希望 注射は希望しない
 - リハビリがしたい 可能なら本日よりリハビリがしたい リハビリは希望しない
- ※当院では理学療法士などによる運動器リハビリテーションを行っています
- MRI・CTなど詳しい検査がしたい
 - 詳しい検査は希望しない
 - その他（ ）

⑨ 下記に興味・関心があれば☑をつけてください

- 健康的な体づくり
- ダイエット指導
- 酵素浴やサウナなどの温浴
- 再生医療
- 特になし

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

ご協力ありがとうございました



整形外科・内科・リハビリテーション科・スポーツ整形

よしおかクリニック

院長：吉岡直樹