問　診　票　　ID：

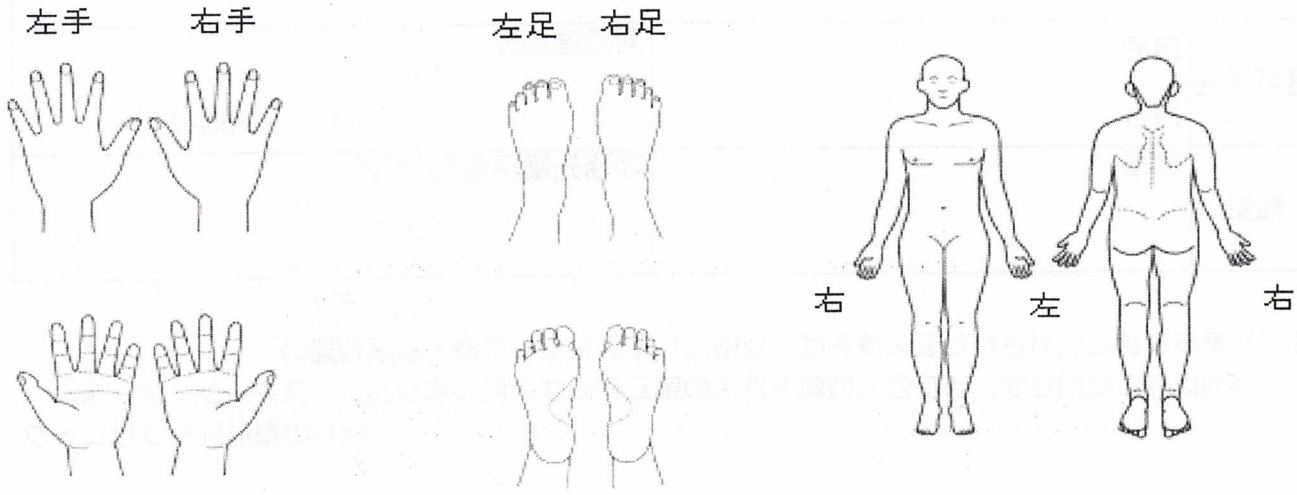
ふりがな		15歳以下の方は体重をご記入ください
氏 名		

1.いつからの症状ですか？

2.原因は何ですか？
□特になし　□交通事故（事故日：　　）　□労災事故
□スポーツ　□転倒した・捻った　□その他（　　）

3.どのような症状ですか
□痛い　□しびれる　□腫れている　□切った　□その他（　　）

4.症状のある部位はどこですか　図の中に○をつけて下さい



5.骨粗鬆症の検査をご希望されますか？　いいえ　：　はい

6.この症状で他の医療機関を受診したことがありますか？
□いいえ　□はい →（医療機関名:　　）

7.現在、治療中の病気がありますか？
□いいえ　□はい（下記から選んで下さい）
□喘息　□高血圧　□心臓病　□脳梗塞　□腎臓病　□糖尿病　□肝臓病
□その他（　　）

8.現在、内服している薬はありますか?
□いいえ　□はい（お薬手帳は受付にお出し下さい）

9.手術を受けたことはありますか？
□いいえ　□はい →（どこの手術ですか？　　）

10.薬でアレルギー症状がでたことがありますか？
□いいえ　□はい→薬名（　　）　症状（　　）

11.女性の方へおたずねします。
※現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？ □いいえ　□はい（妊娠　　週目・わからない）
※授乳中ですか　□いいえ　□はい

12.現在、介護保険の認定を受けていますか？
□いいえ　□はい→□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？　□知人の紹介　□病院の紹介　□看板　□通りがかり
□チラシ　□新聞　□雑誌　□かかりつけ　□その他（　　）
□インターネット→検索ワード（　　）
□AI（ChatGPT等）→検索ワード（　　）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。

診　療　申　込　書

＊　すべてご記入ください

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年　月　日（　）歳
住所	〒（　－　）		
電話番号	自宅： 携帯：	緊急連絡先 続柄（　）	
職業	職種	勤務先電話番号	

注）診療申込書に記載された個人情報は、原則として患者様の診療・健康管理の
目的以外に使用せず、また個人情報を外部の第三者には提供しません。　スキャン　済・未

ほしの整形外科クリニック