

# 白地整形外科・スポーツクリニック 初診時 問診用紙

記入日 年 月 日  
(1/2)

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 明・大  
昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 歳

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

介護保険認定の有無 ( あり ・ なし ) \_\_\_\_\_ 要介護度 ( \_\_\_\_\_ )

## ◎本日来院された症状(痛み)についてお尋ねします。

①症状(痛み)の部位はどこですか？

症状の部位を下の図に○で示してください

②症状(痛み)の出始めた時期はいつごろからですか？

( 年 ・ ヶ月 ・ 週 ・ 日 ) 前から

③症状(痛み)の原因で思い当たることはなんですか？

( \_\_\_\_\_ )

④その症状(痛み)はスポーツが原因ですか？

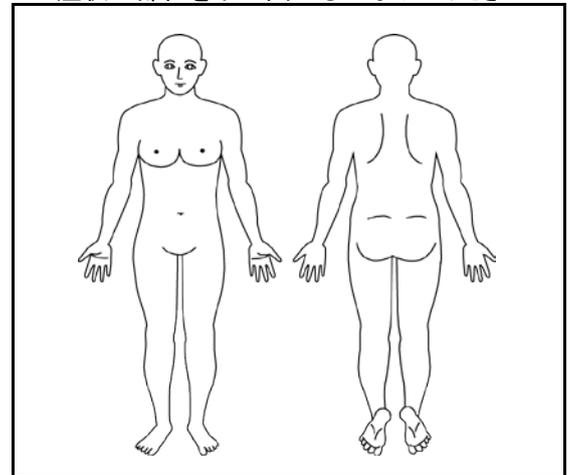
( はい ・ いいえ )

⇒「はい」の場合は『スポーツ問診票』の記入もお願いします。

⑤その症状(痛み)は学校・仕事中等でのおケガですか？

( はい ・ いいえ )

⑥どのようにした時に痛いのか？ (例 何かを持った時、こういう風に動かしたとき)



## ◎女性の方にお尋ねします。

①現在妊娠されていますか？もしくはその可能性がありますか？ ( はい ・ いいえ )

②現在授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

病院チェック欄	受付	レントゲン技師

①現在、もしくは以前に係られた病気に○をつけてください。

特にない ・ 高血圧症 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ うっ血性心不全 ・ 腎臓病  
肝臓病 ・ 胃十二指腸潰瘍 ・ リウマチ ・ 膠原病 ・ 痛風 ・ 結核（家族も含む）

その他（ \_\_\_\_\_ ）

②脳動脈クリップ・心臓ペースメーカー挿入の手術をしたことがありますか？ （ ある ・ ない ）

ある場合 その内容

---

③その他の手術をしたことがありますか？ （ ある ・ ない ）

ある場合 その内容

---

④現在、飲んでいる薬はありますか？ （ ある ・ ない ）

ある場合 その内容

---

⑤薬や食べ物で、アレルギーまたはじんま疹が出たことはありますか？ （ ある ・ ない ）

ある場合 その内容 [薬名] \_\_\_\_\_ [食べ物]

---

◎当院に来院された理由(情報源)についてお尋ねします。

- ①職場・学校・自宅が近かったから
- ②友人・親戚・家族等から勧められたから
- ③以前からのかかりつけだから
- ④インターネット・ホームページなどの情報を見て
- ⑤他院・医師からの紹介で
- ⑥その他

◎その他、事前に伝えたいことなどあれば自由にご記入ください。

---

---

---

---

---

---

---

---

ご協力ありがとうございました。診療の参考にさせていただきます。

白地整形外科・スポーツクリニック

白地 功