

ならやまと整形外科 問診票

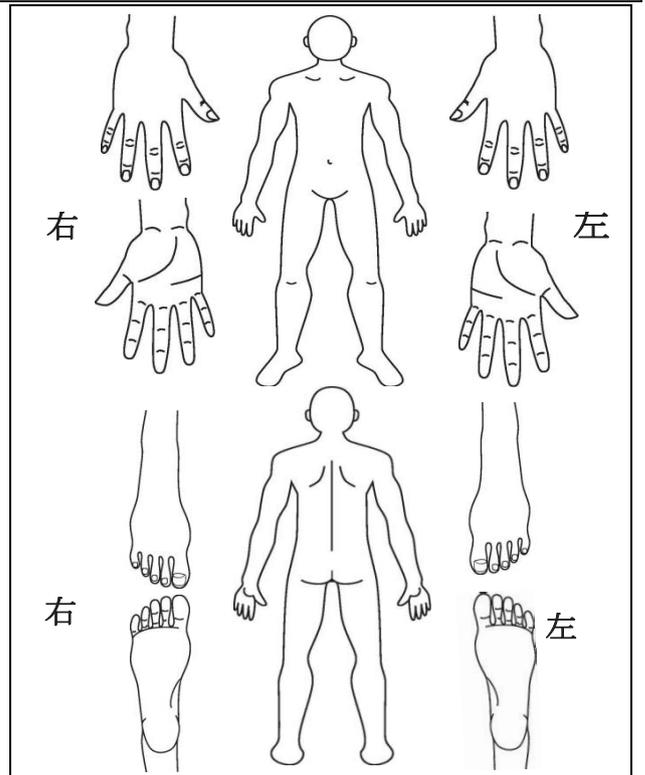
記入日 月 日

ID:

*交通事故もしくは労務災害にて受診をご希望の方はご記入前に受付までお声がけ下さい。

フリガナ	男・女	生年月日 明・大・昭・平
お名前		年 月 日 () 歳
住所 (〒 -)		
電話	携帯	
勤務先名	電話	
勤務先住所 (〒 -)		

1. どのような症状で来院されましたか？
痛い しびれる 腫れ 動きが悪い
つつぱる その他 ()
2. いつ頃から症状は出てきましたか？
 () 例) 5日前から
3. 症状のある部分を右図で示してください。
4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？
交通事故 → 受付までお声がけ下さい。
工作中 → 労災申請予定 あり なし 不明
スポーツ (詳細:)
その他 ()
原因不明
5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？
受診していない
病院 医院 接骨院・その他
 医療機関名: ()
6. 過去にケガや病気で手術を受けたことがありますか？
特になし ある → 手術名 ()
7. 現在治療中の病気があればお答えください。 治療中の病気はなし
高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 喘息 胃潰瘍 腎臓病 その他 ()
8. 現在、内服している薬があればご記入ください。()
9. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？ 特になし ある → 薬 () 食べ物 ()



スポーツをされている方はご記入ください → 野球・サッカー・その他 ()

現在 (小・中・高・大) _____ 年生 / (プロ・社会人・愛好家)

所属 (学校名・チーム名) _____ ポジション ()

※これより下記はスタッフ使用欄につき記入不要です※

		R		L		R		L	
頸椎	2 4	肩	2 2' 3	2 2' 3	膝	2 3	2 3		
胸椎	2 4	肘	2 3	2 3	下腿	1 2	1 2		
胸腰椎	2 4	手関節	1 2	1 2	足関節	1 2	1 2		
腰椎	2 4	手	1 2	1 2	足	1 2	1 2		
股関節	1 2	指(第)	1 2	1 2	趾(第)	1 2	1 2		
骨盤	1 2	肋骨	1 2	1 2	踵骨	1 2	1 2		
骨塩定量		その他						荷重位で	