

# 問診票 及び 個人情報利用同意書

※明細書発行希望の場合、当日中にお申し出下さい

ID

久保整形外科クリニックでは、あんしん病院およびあんしんクリニック各施設、松井整形外科と電子カルテの  
情報共有しています。私は久保整形外科クリニックの個人情報保護指針および個人情報の利用目的に

同意します

名前		性別	年齢	生年月日	
ふりがな		男性・女性	歳	大・昭	年 月 日
				平・令	
住所			職業		
〒 -			自宅	-	-
			携帯	-	-

1. 本日、紹介状・フィルム・画像CD-Rを持参されていますか？

はい いいえ

↓具合の悪い部位に○をつけて下さい。

2. どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる はれている 動きにくい  
その他 ( )

※症状のある部位はどこですか？

くび こし 膝(右・左) 足首(右・左)  
肩(右・左) せなか その他 → 右図へ

3. いつごろから症状は出てきましたか？

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日ごろから  
 \_\_\_\_\_(日・月・年)前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

交通事故 工作中 通勤中 スポーツ( )  
その他 ( ) 転んだ 特に原因なし

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

いいえ  
はい → 病院・医院名：( )病院・医院  
治療内容：投薬 注射 物療 その他( )  
検査：レントゲン MRI その他( )

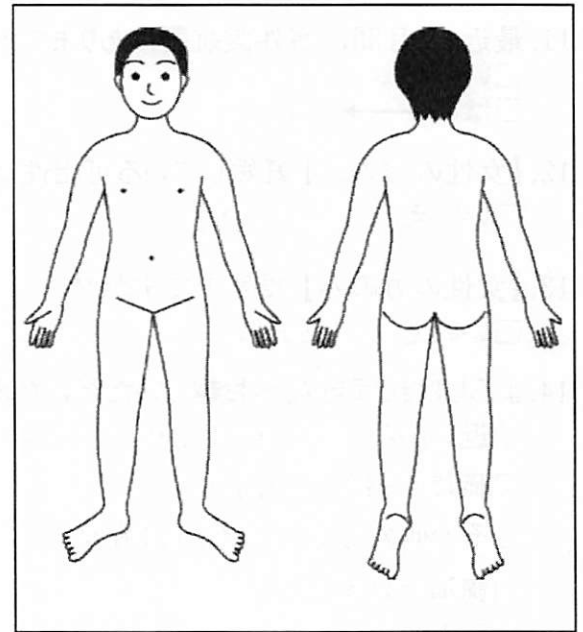
6. 現在治療中の病気がありますか？

いいえ  
はい → 高血圧 糖尿病 脳梗塞 心臓病(狭心症・不整脈など)  
腎臓病 喘息 胃潰瘍 リウマチ 緑内障  
悪性腫瘍(癌) 甲状腺・副甲状腺疾患 高脂血症 痛風(高尿酸血症)  
その他( )

7. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？

いいえ  
はい → 手術：( ) : 年：病院名 )  
手術：( ) : 年：病院名 )

★ 裏面もご記入ください ★



8. 現在、何か薬を飲んでいますか？（お薬手帳等お持ちでしたら受付時にお見せ下さい）

いいえ

はい → 病名：( ) 薬の名前：( )

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

いいえ

はい →  薬：( )  食べ物：( )

10. 趣味や健康目的などで何か運動(スポーツ)をしていますか？

いいえ

はい →  趣味・健康目的  競技

スポーツ名：( ) \_\_\_\_\_回/週・月

※学生の方 → 学校名：( ) 学年：( )

クラブ名：( ) ポジション：( ) 顧問の先生：( )

手術希望有無： 希望する  希望しない

11. 最近1ヶ月間に海外渡航歴はありますか？

いいえ

はい → 国：( ) 期間( ~ )

12. 【女性の方のみ】妊娠している可能性がありますか？

いいえ  はい

13. 【女性の方のみ】授乳中ですか？

いいえ  はい

14. よろしければ当院へお越しいただいた理由をお聞かせ下さい。

近いから  通りがかり  ホームページを見て  前回も受診している為

職員の紹介(お名前： )  ご家族の紹介(お名前： )

その他の方からの紹介(お名前： )

講演会に参加して( )

その他( )

15. ご自宅(職場)から当院までの主な交通手段をお聞かせください

徒歩  車  バス  タクシー  自転車  原付・バイク  JR  山陽電車  その他( )

16. 介護保険についてお聞かせ下さい。当てはまる区分に丸をつけて下さい。

要介護認定を受けている(要介護 1・2・3・4・5)  要支援認定を受けている(要支援 1・2)

給付は受けていない

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたらお呼びいたしますので、もうしばらくお待ち下さい。

ご記入いただきましたこの問診表の個人情報につきましては、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます。