

年 月 日 記入

一般予診票

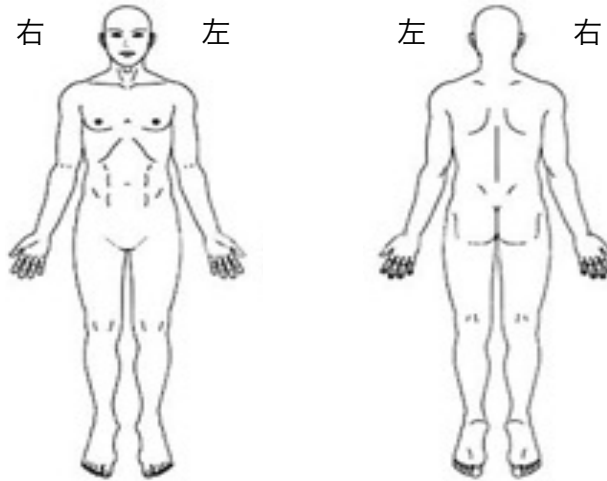
フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) _____ 学年/職業 _____
身長 _____ cm 体重 _____ kg _____ 車いす・松葉杖・シーネ、ギプス固定
介護保険サービスの利用 _____ あり・なし・申請中 _____

1. 当院をどのように知りましたか？

(_____)

2. 診察してほしいところはどこですか？絵に丸印をつけてください。



3. どのような症状がありますか？

(_____)

4. いつ頃からですか？

(_____)

5. 思い当たる原因はありますか？

ない・ある→ (_____)

6. 他の医院、接骨院等で治療を受けたことがありますか？

ない・ある→ (_____) 現在固定中→ はい)

7. 今までに大きな病気やけがをしたことがありますか？

ない・ある→ (_____)

8. 現在何かスポーツをしていますか？

していない・している→ (_____)

9. 現在、妊娠をしていますか？

している・していない→ 【レントゲン撮影できないのでご注意ください】

10. 当院来院目的 *当てはまるものに○をつけて下さい。

診断 ・ 治療 ・ 検査 (MRI/CTなど) ・ クスリ ・ リハビリ

待ち時間を少なくする為に、先にレントゲン撮影をお願いすることがあります。

また子どもの場合や、左右を比較する際に、良い方のレントゲンも撮る場合があります。

あらかじめご了承ください。 J I N整形外科スポーツクリニック

撮影したレントゲン・MRI・CTなどの画像データは、氏名・生年月日等の個人情報を削除し、個人が特定されない状態で、学術研究等に使用させていただく場合がありますので予めご了承ください。