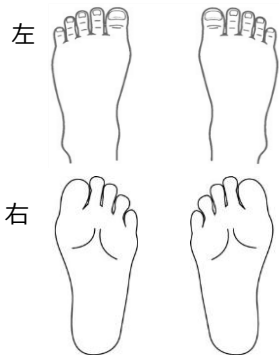
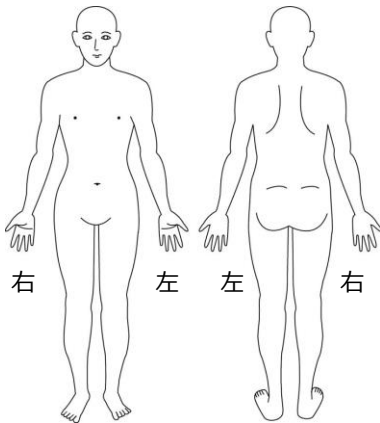


問 診 票 (自賠責保険使用予定)

ID :

日付 :

ふりがな			性別	男・女	生年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (才)
お名前						
住 所	〒 -					
電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)					
小学生までの方	体重 () kg	要支援・要介護の認定を受けていますか		☐ はい ☐ いいえ		
当院を受診したきっかけは何ですか	☐ 紹介 (☐ 家族 ☐ 友人 ☐ 知人) ☐ 広告 ☐ インターネット ☐ 前を通して					
どうなさいましたか	☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 腫れ ☐ 変形 ☐ 動かない ☐ 感覚がにぶい ☐ その他 ()					
下の表に、今回の部位を○で囲んでください。						
左 右  右 左 左 右  左 右  右 左 左 右						
事故発生日はいつですか	☐ 本日 ☐ 昨日 ☐ 令和 年 月 日 時頃					
痛みが生じたのはいつですか	☐ 本日 ☐ 昨日 ☐ 令和 年 月 日 時頃					
症状が生じた原因をご記入ください (痛み原因が分からない場合は『不明』とご記入ください)						
今までにかかった病気はありますか	☐ 癌 ☐ 心疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 肺疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ リウマチ ☐ 喘息 ☐ 認知症 ☐ その他 ()					
現在、上記の病気で通院していますか	☐ いいえ ☐ はい (通院頻度 :)					
現在、飲んでいる薬はありますか	☐ いいえ ☐ はい (お薬名 :)					
薬や注射のアレルギーはありますか	☐ いいえ ☐ はい (お薬名 :)					
貼り薬でかぶれますか	☐ いいえ ☐ はい (お薬名 :)					
ペースメーカーの使用をしていますか	☐ いいえ ☐ はい					
妊娠中または授乳中ですか (女性のみ)	☐ 妊娠中 (週 日) ☐ 授乳中 ☐ いいえ ☐ わからない					
後日の当院での保険の変更や移行はできかねます	☐ はい ☐ いいえ					
毎月 1 度は必ず担当医の診察に入り症状をお伝えください	☐ はい ☐ いいえ					
他の整形外科や接骨院、整骨院、鍼灸院との併用はできません	☐ はい ☐ いいえ					

ご記入お疲れさまでした。受付スタッフへお渡しください。



学校法人SBC東京医療大学附属

SBC 整形外科クリニック 上青木院

SBC ORTHOPEDIC CLINIC