

*ボールペンで記入をお願いします

問診票

年 月 日カルテNo ()

FAX送信方向

ふりがな	性別	生年月日 () 才)
氏名	(男・女・その他)	明・大・昭・平 年 月 日
住所 (〒 -)	電話番号 ()	
市 区	FAX番号 ()	
職業または会社、入所施設名 ()	電話番号 ()	
住所 市	代理人氏名	関係 ()

1) どうしましたか? (□に☑をご記入下さい)

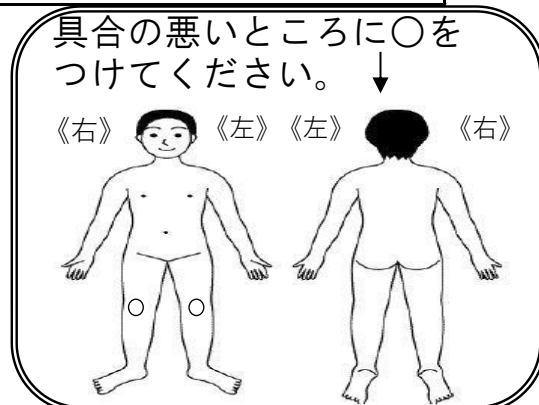
- ☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 腫れ ☐ 動かしにくい
☐ けが ☐ しこり ☐ その他 []

2) 原因と思われるものを□に☑をご記入下さい

- ☐ 転んだ ☐ 打った ☐ ひねった
☐ スポーツ外傷 ☐ その他 []

いつ頃

年 月 日 から



3) 今回のことで他の病院で治療・投薬を受けていましたか? (はい・いいえ)

「はい」に○された方

病院名 [] 病名 [] 治療法 []

●また、その治療でどのような変化がありましたか?

よくなった ・ 悪くなった ・ 変わらない ・ その他 []

4) 治療に対する希望はありますか? (□に☑をご記入下さい)

- ☐ 診療による適切な治療を受けたい。 ☐ MRI検査を受けたい。 ☐ 骨密度検査を受けたい。
☐ よくわからないので相談したい。 ☐ 湿布 ☐ 塗り薬 ☐ 飲み薬 を処方してもらいたい
☐ 痛い所に注射してほしい。 ☐ リハビリ ☐ 電気治療 ☐ 牽引治療 がしたい。
☐ 理学療法士による治療がしたい。 ☐ その他 []

5) 以下の有無にお答えください。(○で囲んで下さい)

- 薬や注射で異常やアレルギーが起きたことが ない ・ ある ()
 ● ぜんそくでこの1年以内に治療をしたことが ない ・ ある
 ● 女性の方のみに、妊娠・授乳の可能性が ない ・ ある
 ● 交通事故によるものですか いいえ ・ はい
 ● 工作中または通勤中でしたか いいえ ・ はい

6) 今、通院中の病院はありますか? (内科・眼科・薬だけの病院など)

ない ・ ある→病院名[] 病名[] もらっている薬[]

7) どういうきっかけで当院をお知りになりましたか? (○で囲んで下さい)

今までに通院したことがある・ホームページを見た・人から紹介された・広告などを見た・他院から紹介された・近隣に住んでいる看板を見た・ネット(ドクターズファイル)を見た・訪問リハビリを利用したい・デイケアを利用したい・その他 ()

8) 当院へはどのようにして来られますか? (○で囲んで下さい)

徒歩 ・ 自転車 ・ 車(本人・家族) ・ バイク ・ タクシー ・ バス ・ その他 ()

○診療希望時間・・・ 年 月 日 (曜日) 8:30 9:00 14:00 15:00

時間は、ご希望の時間を、○で囲んでください。水曜・土曜日は、午前のみとなります

○「保険証」のコピーや「他の病院のお薬」も、この用紙と一緒にFAXの上、当日ご持参下さい。

「保険証」のことで事前にお伝えしたいことがあればお書き下さい。

[]

○「他の病院の処方内容(お薬手帳)」や「血液検査の結果」があれば、当日ご持参下さい。

*ご注意: ご予約時間を過ぎますと、お待たせすることがございます

予約日の前日受付時間中までにFAXをお願いします。

医療法人ふかほり整形外科クリニック

〒819-0041 福岡市西区拾六町5-16-11 TEL 092-883-8668

FAX(ファックス) 092-883-8672