所沢整形外科ペインクリニック
TOKOROZAWA Orthopedic Pain Clinic

スキャナ	XP済

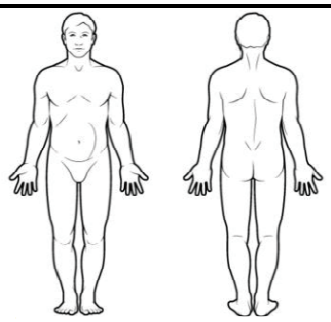
問診票

もんしんひょう

令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
お名前					年　月　日（　歳）
ご住所	〒				
電話番号	自宅（　-　-　）	携帯（　-　-　）			
職業/学年		身長	cm	体重	kg

どうなさいましたか	☐ 痛み　☐ はれ　☐ しびれ　☐ 動かない ☐ 変形　☐ しこり　☐ 感覚が鈍い ☐ 違和感がある　☐ 歩行困難 ☐ 骨粗しょう症が気になる ☐ その他 （　）
それはいつからですか	☐ 本日　☐ 昨日 ☐　年　月　日頃



部位を○で囲んで下さい

考えられるきっかけは何ですか	☐ 仕事中・通勤中のけが ☐ スポーツ（　） ☐ その他（　） ☐ はっきりした原因不明
交通事故の場合	事故発生時刻　年　月　日　時　分頃
自費診療ご希望の方	☐ プラセンタ　☐ ニンニク（ビタミン）注射　☐ パーソナルトレーニング
この症状で他院を受診しましたか	☐ 受診していない　☐ 以前受診した　☐ 今も受診している 病院・医院名（　）
今までにかかった病気や受けた手術 現在治療している疾患はありますか	☐ はい　☐ いいえ
上記で「はい」と答えた方は 詳細を選択してください	☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 胃・十二指腸潰瘍　☐ 心臓病　☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病　☐ 脳梗塞/脳卒中　☐ 喘息　☐ 痛風　☐ 癌・悪性腫瘍（　） ☐ 心療内科疾患（　）　☐ その他（　）
	☐ 手術名（　）　☐ いつ頃（　）
薬を飲んでいますか	☐ はい（　）　☐ いいえ
薬や食べ物にアレルギーはありますか	☐ はい（原因：　）　☐ いいえ
注射で具合が悪くなったことがありますか	☐ はい（症状：　）　☐ いいえ
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
身体の中にペースメーカー、プレートなどの金属が入っていますか	☐ はい（　）　☐ いいえ
当院を受診したきっかけは何ですか	☐ ご家族の紹介　☐ ご友人のご紹介（　様）　☐ ホームページ ☐ 検索サイト（　）　☐ 当院の看板を見て　☐ 電柱の看板を見て ☐ その他（　）

ご記入ありがとうございました。