

増本整形外科クリニック 予診票

平成 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日：明・大・昭・平 年 月 日
お名前		学校名() 学年() 歳
郵便番号 丁目 番 号 住所		
電話番号 ()	携帯番号 ()	

1 痛みますか？ **どのような時に痛みますか？**
 いいえ・はい ⇒ 夜間・階段の昇り/降り・運動の前/中/後・その他()

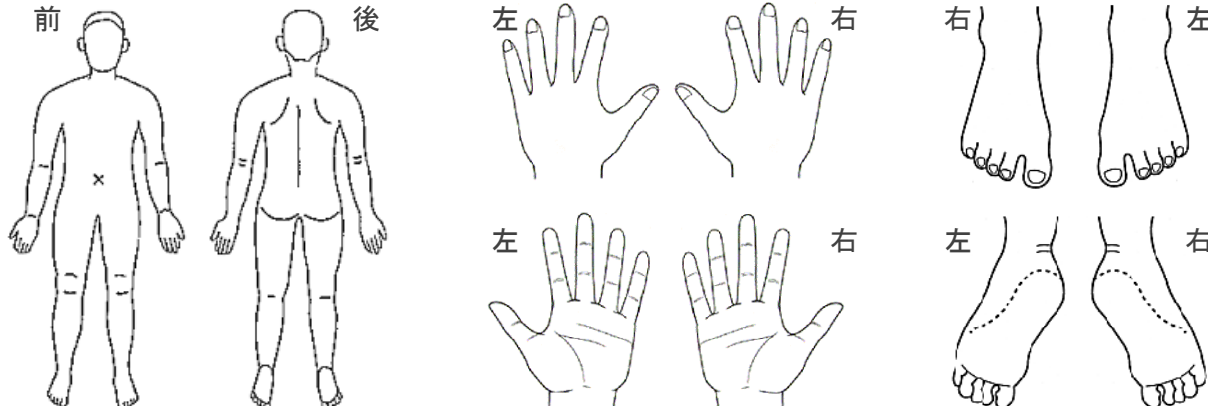
2 “痛み”はいつごろからですか？：(月 日)～()日前くらい～()週間前くらい～()ヶ月前くらい～

3 しびれますか？ いいえ・はい ⇒ いつごろからですか？(月 日)～()ころ～

4 この症状が起こったきっかけをお書きください。

5 ※野球の場合※ 硬式・軟式 ポジション() “投げ”：右・左・両 “打ち”：右・左・両

※原則として、1日に1部位の診察とさせていただきます。本日、診察を受けたい部位“1ヶ所”に○をつけて下さい。
 (混みあっておりますので、最もつらい部位以外は次回以後の診察とさせていただきますのでご理解下さい) ※急性外傷は除く



6

7 ご職業は？

8 今回のこの症状についてどこかに受診しましたか？
 いいえ・はい ⇒ ()病院・接骨院・他

9 受診された病院ではどのような治療をされましたか？
 レントゲン・MRI・リハビリ・飲み薬処方・湿布処方・他()

※他院からのレントゲンなどのフィルム・紹介状などをご持参の方はお申し出下さい
 フィルム：あり・なし
 紹介状：あり・なし

薬のアレルギーはありますか？ いいえ・はい ⇒ 薬剤名 ()

妊娠されていますか？ いいえ・はい ⇒ (ヶ月) ・わからない ⇒ (最終月経 月 日 ~)

他の病気で治療をされていますか？ いいえ・はい ⇒ 高血圧・心臓系・糖尿病・喘息・その他()

※現在、内服中の薬がありますか？ いいえ・はい ⇒ ()

今までに大きな手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい ⇒ いつごろ()
 どの病院で()
 どんな手術を?()

日頃から何か運動はされていますか？ いいえ・はい ⇒ どんな運動()

今回、当クリニックを選んでいただいたきっかけに○をつけてください。
 ・紹介()様から ・以前または現在通院 ・家族が通院 ・口コミ ・ホームページ
 ・インターネット情報() ・荻窪駅看板広告 ・通りすがり ・コナミ会員