



Kishiya Seikei-Geka Clinic

岸谷整形外科クリニック

TEL: 017-723-6881

FAX: 017-723-6883

〒030-0853

青森県青森市金沢1-5-7 (旭町通り)

<http://kishiya-orthopedics.moon.bindcloud.jp/>



診療申込書へのご記入にご協力下さい

フリガナ		性別	生年月日(歳)
氏名	様	男・女	
ご住所	〒		
TEL			

◆これからお伺いすることは、より良い診察を行うための大切な内容です。お手数ですが、分かる範囲でお答えください。

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

◇いつ頃からですか？ ()

◇どちらの部位ですか？ 図に○をつけてください。



☆現在の症状についてご自由にご記入ください。

◇どのような症状ですか？

痛み・変形・腫れ・しびれ・その他 ()

◇きっかけ、原因はありますか？

交通事故・工作中・通勤中・スポーツ中・その他 ()

◇スポーツ選手(アスリート)ですか？(種目は？) ()

◇痛みがある方は、痛みの程度を下記に○をつけてください。



ご希望・ご質問等ございましたらご遠慮なくお尋ねください。

TEL: 017-723-6881
FAX: 017-723-6883

〒030-0853
青森県青森市金沢1-5-7 (旭町通り)
<http://kishiya-orthopedics.moon.bindcloud.jp/>

2. 現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか?
はい・いいえ (具体的に)
3. 現在治療中、又は今までにかかった病気があれば○をつけてください。
高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・胃潰瘍・喘息・
肝臓病・腎臓病・痛風・リウマチ その他 ()
4. 現在服用している他のお薬はありますか?
(お薬手帳があればご提示ください)
はい・いいえ ()
5. 過去に怪我や病気です手術または治療をしたことがありますか?
はい・いいえ (具体的に)
6. 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか?
はい・いいえ (原因は?)
7. 女性の方へ
◇現在妊娠中ですか? はい・いいえ
◇現在授乳中ですか? はい・いいえ
8. 下記のサービスでご希望されるものがあれば✓をつけてください。
MRIによる精密検査 骨密度検査 単純レントゲン撮影
トレーニング 体の機能チェック (体重、体脂肪など)
栄養アドバイス 手術
他病院へのセカンドオピニオン・手術目的の紹介
診療費が高くなったとしても、最新の治療を希望したい。
9. 喫煙者の方へ 喫煙していない
1日の喫煙量 ()本/日 もしくは ()箱/日
10. アルコール愛飲者の方へ 飲酒しない 機会飲酒程度
1日のアルコール ()本/日 (缶ビール500ml)
もしくは()合/日 (焼酎、日本酒)、()杯/日 (ワイン、ウイスキー)
11. 当院に来院されたきっかけを教えてください。
ご紹介 ()より)
※紹介いただいた方のお名前もしくは紹介元を教えてください。
看板・ホームページ・その他()
12. 医師やその他職員へ伝えておきたいことはありませんか?
()
ご回答ありがとうございました。

ご希望・ご質問等ございましたらご遠慮なくお尋ねください。