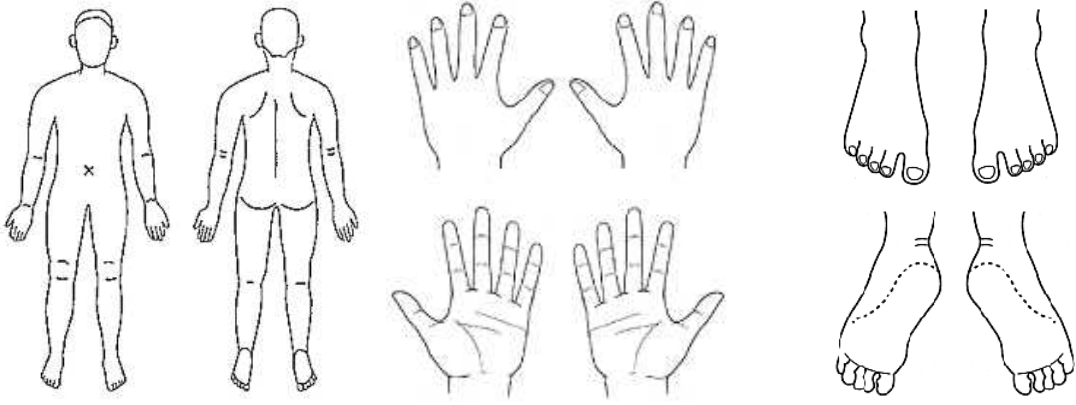


増本整形外科クリニック 予診票

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 ご住所		
電話番号 ()		

1	痛みますか？ いいえ・はい	どのような時に痛みますか？ 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	どのような時にしびれますか？ 起床時・常時・労作時・その他()
4	“しびれ”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～	
5	今回の痛みは運動がきっかけですか？	いいえ・はい 種目() ポジション()
6	(野球の場合) 硬式・軟式 リトル・シニア “投げ”：右・左・両 “打ち”：右・左・両	
7	<p>痛み、しびれる場所はどこですか？ 下の図に をつけてください。 原則として、1日に2～3部位までの診察とさせていただきます。辛い部位の順に番号をつけてください。</p> 	
8	ご職業は？	
9	この症状が起こったきっかけは何か思い当たりますか？	
10	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
11	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 をご持参の方は受付にお申し出下さい。

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	(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 () どこの病院で () 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 ()
当クリニックをどのようにお知りになりましたか？			
・紹介 ・荻窪駅看板広告 ・西荻窪駅看板広告 ・ホームページ ・関東バス車内放送 ・西武バス車内放送 ・通りすがり ・その他()			