初　診

整 形 問 診 表

フリガナ

お名前　　男・女　　年齢　　歳（　　学年）　職業

お住まい　札幌市内　・　札幌市外（　　都　道　府　県　　市　町　村　）
※下宿・学生寮等にお住まいの方は現在のお住まいの地域に丸印をつけてください。

学校名　　所属クラブチーム名　　監督・コーチ名

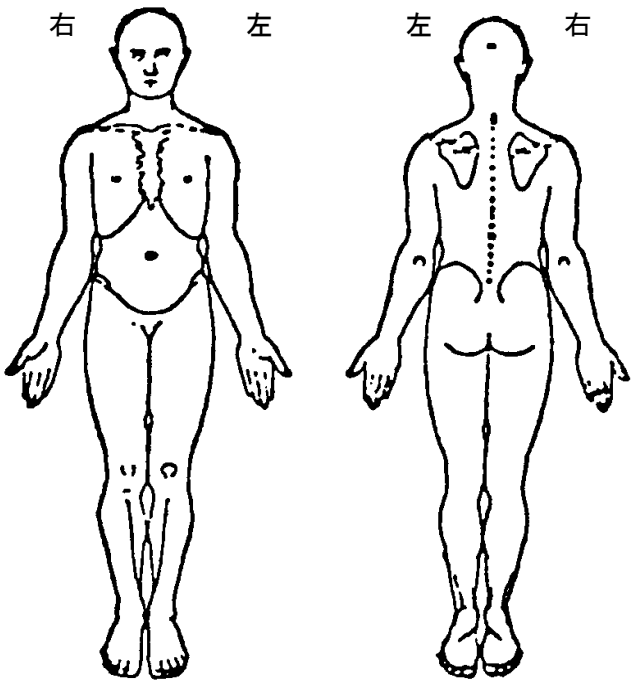
現在のスポーツ種目　　（スポーツ歴　　年　　ヶ月）　ポジション

＊ケガまたは症状が発生した時の様子を具体的に記入して下さい

いつ　　年　　月　　日

どこで

どのように



＊今回のケガまたは症状について他の病院を受診したことがありますか？

ない　・　ある

（病院名・受診日・診断名・検査、治療内容を記入してください）

※他院から当院へ転院を考えている方にお聞きします。差支えなければ病院を変える理由を教えてください。

※治療、検査を受けるにあたって要望や困っていることはありますか？

＊過去もしくは現在治療中のけがまたは病気はありますか？　（ 完治 ・ 治療中 ・ 中止 ・ 不明 ）

いいえ ・ はい ⇒ けがの名前 【　　】

いいえ ・ はい ⇒ 高血圧 、心臓系 、糖尿病 、喘息 、てんかん 、その他【　　】

＊現在、何かお薬を飲んでいますか？【 いいえ ・ はい 】※お薬手帳が有る場合はお出しください。

はいの方　薬名称【　　】

＊今までにお薬・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

【 いいえ ・ はい 】　はいの方　薬名称・食べ物【　　】

＊レントゲン撮影をしても問題ないですか？（妊娠など）（　ない　・　ある ⇒　　）

※現在の身長と体重を記入してください。

・身長　　ｃｍ

・体重　　ｋｇ

※当院をどのようにして知りましたか？

●医師の紹介→病院名（　　）

医師名（　　）

●学校の先生の紹介→先生の名前（　　）

●その他 （　　）

※患者様の情報は個人情報保護法で守られています。但し未成年の場合、ご家族・学校の先生には必要時お答えしています。

［職員記入］　記入日（　　）　発生日（　　）　社 ・ 国 ・自賠・労災・自費