

# 整形外科・リハビリ 予診票

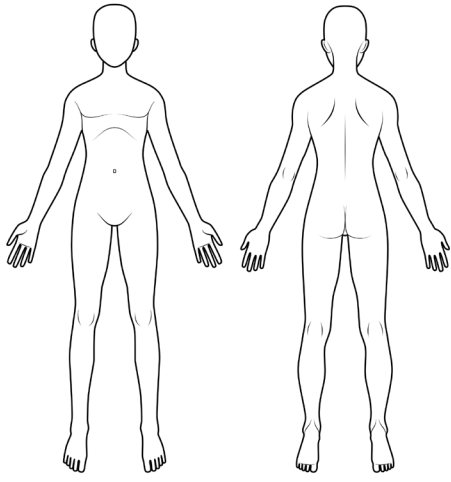
令和 年 月 日

フリガナ		身長	cm	体重	kg
氏名		血液型	RH + / -		型
			未婚	・	既婚
住所	〒	生年月日			
		大正	年	月	日
		昭和			
		平成			
※郵便番号、アパート、マンション名もご記入ください					

電話番号	<input type="checkbox"/> ご自宅	—	—
	<input type="checkbox"/> 携帯電話		
※必要な場合、当院からご連絡してもよろしいでしょうか？（はい・いいえ）			
※キャンペーンやイベント情報のDM等、郵送させて頂いてもよろしいでしょうか？（はい・いいえ）			

① 本日までご相談されたい内容を記入ください。

② その内容についての治療歴をご記入ください。

③ 現在、何かお薬を飲まれていますか？（はい・いいえ）	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
お薬手帳	
④ 次の項目について分かる範囲で○、もしくはご記入ください。	
・睡眠（良・不良） 便通（日に回） 歩行	
⑤ 今までにかかった病気、けが、手術等がありますか？（有・無）	
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 心療内科	
⑥ 当院をどこでお知りになりましたか？（複数回答可）	
<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 雑誌（ぷらざ） <input type="checkbox"/> 雑誌（もぐもぐ） <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> SNS（Instagram・X・TikTok・YouTube） <input type="checkbox"/> 屋外看板・電柱看板 <input type="checkbox"/> 家族・友人・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

⑧ 当院を利用する理由は？（複数回答可）

他院より安い  評判がいい  信頼できる  アクセスしやすい  勧められた  
 開院時間が合う  雰囲気が良い  スタッフが親切  その他（ ）



難しいところは空白で大丈夫だよ

ご家族が書いてOKです