



# 整形外科問診票

ID \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

男性・女性

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

お名前 \_\_\_\_\_

ご自宅

電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

携帯電話

電話番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？具体的に記入して下さい。

▶ どこが？

▶ いつから？

▶ どのような症状ですか？

▶ 今までのご病歴があれば教えて下さい。

2. 上記は交通事故によるものですか？

はいいいえ

3. 上記は労災によるものですか？

はいいいえ不明

4. 現在、他院で治療中のご病気はございますか？

いいえはい → 高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病

喘息・高脂血症・その他 ( )

5. 現在、服薬中のお薬はございますか？

いいえはい → お薬手帳をお出してください

6. お酒は飲みますか？

いいえはい

(時々・3~4日おき・1~2日おき・毎日)

7. たばこは吸いますか？

いいえはい

(1日 本 年間)

以前吸っていた

( 年前まで1日 本 年間)

8. 現在妊娠している可能性はありますか？

いいえはいわからない

8. 手術を受けていて体の中に金属やペースメーカーなどが入っていますか？

いいえはい

9. 今までにお薬や注射（麻酔・造影剤など）、食物アレルギー症状や体調不良はございましたか？

いいえはい 原因・症状など

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はいいいえ

ご記入いただきましたこの問診票の個人情報は診療録（カルテ）と同様に管理されます