

# 整形外科 問診票

来院日：令和 年 月 日

ID番号

氏名		男	身長	cm	体重	kg
		女				
職業		スポーツ歴		( 年 )		

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか  する  しない  持っていない

1. いつからお困りですか 年 月 日 頃から	2. 発症原因に心当たりはありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 工作中的の怪我 <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> ぶつかった <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 心当たりなし <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> ひねった
3. どのような症状ですか <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> その他 ( )		
4. 症状がある部位はどこですか <u>図の中に○をつけてください</u>		
<input type="checkbox"/> 症状の引き続き治療 <input type="checkbox"/> お薬が無くなった <input type="checkbox"/> 証明書・診断書等の希望		

この症状で、治療を受けたことはありますか  いいえ  はい ( 内容 : )

現在飲んでいるお薬はありますか  いいえ  はい ( お薬手帳 :  あり  なし )  
飲んでいるお薬 ( )

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

- 喘息  高血圧  心臓病  糖尿病  肝臓病  腎臓病  前立腺肥大  
 痛風  緑内障  胃潰瘍  脳梗塞  リウマチ  その他 ( )

お薬や食べ物のアレルギーはありますか

お薬	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	お薬名	:	症状
食べ物	: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	食べ物名	:	症状

タバコは吸いますか

- 現在も吸っている  以前吸っていた  吸わない  
1日の喫煙本数 ( 本 ) × 喫煙年数 ( 年 )

2週間以内の海外渡航歴はありますか

- いいえ  はい ( )

女性の方のみお答えください

妊娠中ですか :  いいえ  はい ( 妊娠 : 月 )  可能性がある  
授乳中ですか :  いいえ  はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付窓口までご提出ください。