

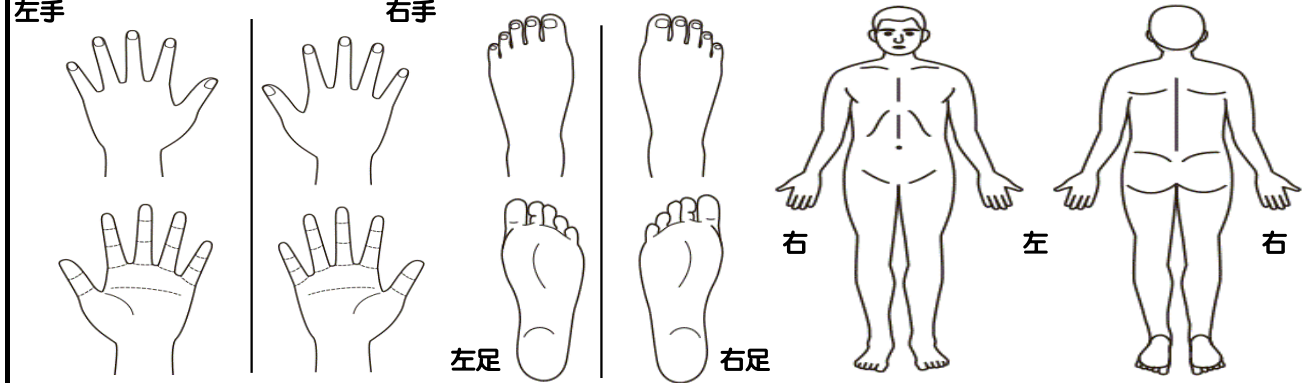
整形外科 問診票

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)		

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか しない する 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"/> 仕事中の怪我 <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 図の中に○をつけてください		
		
<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 ()

お薬や食べ物アレルギーはありますか

お薬 : いいえ はい
食べ物 : いいえ はい

お薬名 : 症状 :
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)

3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか

いいえ はい : 国名 (都市まで) : ()
期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日まで

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。