

整形外科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____ 生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____ 職業 : _____

受診事由(該当に○をして下さい)

- | |
|---------------|
| 1 交通事故 |
| 2 業務中もしくは通勤途上 |
| 3 上記以外 |

1) 本日、来院された理由及び症状について、詳しくご記入下さい。	月 日 頃からどうされましたか？
----------------------------------	------------------

2) 現在、他の病院(医院)で通院されていますか？治療中の方は、どのような病気で何のお薬を服用していますか？	
医療機関名 ()	受診科目 ()
病名 ()	服用中のお薬 ()
医療機関名 ()	受診科目 ()
病名 ()	服用中のお薬 ()

3) 今までに手術をしたこと、大きな病気やケガ(事故を含む)をされたことがありますか？

ない

ある ()

4) 今までに次の病名と診断されたことがありますか？

ない

ある (心臓病 糖尿病 甲状腺の病気 緑内障 前立腺肥大症)

(喘息 感染症 花粉症)

5) アレルギー(お薬・食べ物・金属など)はありますか？

ない

ある 薬() 食べ物() 金属()

6) お薬・食べ物・金属などで気分が悪くなったり、湿疹が出たりしたことがある方は、どのようなことで、どのような状態になりましたか？

7) 女性のみご記入ください。(妊娠中の方は、診察室でも担当医に直接お申し出ください。)

生理は、

規則的である 不規則である 閉経している

・ 最終月経 月 日

8) 女性の方のみご記入下さい。

- ・ 現在、妊娠していますか？ はい(月) いいえ
- ・ 現在、授乳中ですか？ はい いいえ
- ・ 現在、生理中ですか？ はい いいえ

9) 宗教上の理由により輸血を拒否されますか？

はい いいえ

10) この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ はい いいえ

11) 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

○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。

身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

ID : _____

問診入力者 : _____