

◀ 整形外科

記入日： 年 月 日

氏名

様 / 生年月日

/身長

cm /体重

kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい ・ いいえ

1. 職種	<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> デスクワーク	<input type="checkbox"/> カ仕事	<input type="checkbox"/> カ仕事とデスクワーク	
	<input type="checkbox"/> 主婦	<input type="checkbox"/> 無職			
	<input type="checkbox"/> その他（)				
2. いつからですか？					
3. きっかけはありますか？					
4. 症状・部位					
* 記入してください					
5. 入院や手術の有無	病院		科		
	病名と時期：				
6. 他病院への通院 ①	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	医療機関名（)		
服用している薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	薬品名（)		
7. 他病院への通院 ②	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	医療機関名（)		
服用している薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	薬品名（)		
8. 当院の他科受診	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	内服： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
当院受診科名					
9. 薬や注射で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	薬品名（)		
10. 食品で具合が悪くなる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	食品名（)		
11. アレルギー体質	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	アレルギー名（)		
12. 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 授乳中	症状のある部位 
13. 煙草	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない				
	1日 本を 年間				
14. 1週間以内に発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか？					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

2022年10月17日改訂