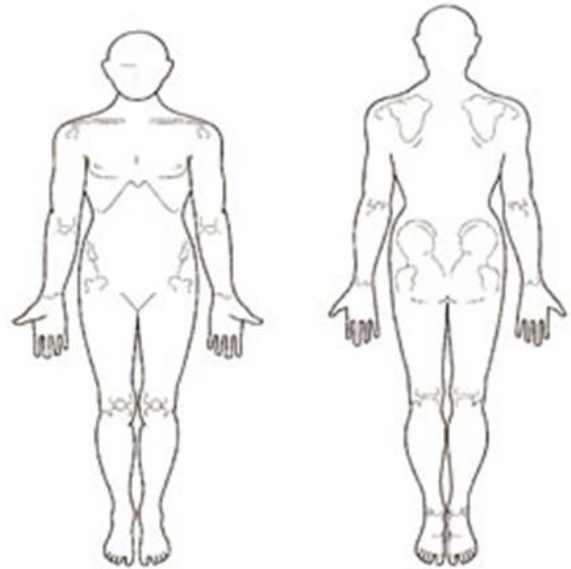


# 整形外科問診票

フリガナ お名前	男 女	生年月日 大正 昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
ご住所 (〒 - )		お電話番号 ( )		緊急連絡先 ( )	
身長	cm	体重	kg	体温	℃

- ① 他の医療機関からの紹介状はありますか? はい いいえ  
右 左 左 右

- ② どのような症状で来院されましたか?  
痛い しびれる 腫れ 動きにくい  
その他  
※症状のある部位はどこですか?  
頸椎 背部 腰部 (右・左) 膝 (右・左) 肩  
(右・左) 肘 (右・左) 足首  
その他 ( ) → 図へ



症状のある部位に○をして下さい

- ③ いつ頃から症状は出てきました?  
年 月 日

- ④ 症状がでたきっかけ・原因は何ですか?  
スポーツ 転倒  
仕事中 (労災保険での治療になります。)  
その他 ( )  
特に原因なし

- ⑤ 今回症状でほかの医療機関を受診されていれば記入してください。  
( ) 病院・医院  
治療内容: 投薬 注射 物療 その他  
検査: レントゲン MRI その他

受診日:

- ⑥ 現在治療中の病気があれば記入して下さい。  
高血圧 糖尿病 心臓病 (狭心症・不整脈など) 脳梗塞 腎臓病  
喘息 胃潰瘍 その他 ( )

- ⑦ 現在、服用されている薬はありますか?  
ある お薬手帳がある方は提出してください。忘れた方は薬剤名 ( )  
ない

- ⑧ これまでに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがあれば記入してください。  
病名 ( ): 年頃) 手術 ( ): 年頃)

- ⑨ この1年間で健診を受診されましたか? はい いいえ

- ⑩ 薬や食べ物でアレルギーが出た事があれば記入してください。  
ある 薬 ( ) 食べ物 ( )  
ない

- ⑪ 趣味・健康目的で何か運動 (スポーツ) をされていれば記入してください。  
種類 ( ) 回/週・月

- ⑫ 妊娠している可能性はありますか? 授乳中ですか?  
はい (妊娠週数 週) いいえ 授乳中 (生後 カ月)

- ⑬ 今回の診療に対し、後日交通事故や労災を申請しないことを了承します。

自署 \_\_\_\_\_

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 ・ しません )