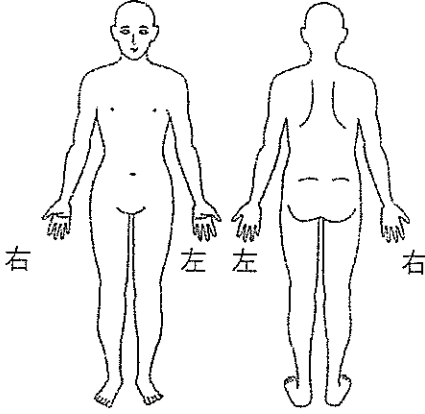


整形外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日		
氏名			大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒				
電話番号	☎				
どのような症状ですか？ ☐ しびれる ☐ 痛い ☐ 動きにくい ☐ 腫れている ☐ つっぱる ☐ 傷がある ☐ その他（ ）			症状のある部位に○をつけて下さい。 		
症状はいつ頃からありますか？ 本日・（ ）日・週間・ヶ月・年前から					
症状が出たきっかけは何ですか？ ☐ 転んだ・転倒した ☐ ぶつけた ☐ 落した ☐ ひねった ☐ 運動中 ☐ はさんだ ☐ 切った ☐ 交通事故 ☐ 仕事中 ☐ 原因不明 ☐ その他（ ）					
今回の症状で他の病院を受診されましたか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ）					
過去に手術を受けたことはありますか？ ☐ なし ☐ あり（ ）					
現在、治療中の病気はありますか？ ☐ なし ☐ 胃潰瘍 ☐ 喘息 ☐ 心臓・血管病 ☐ 肺疾患 ☐ 腎臓病 ☐ 肝炎・肝硬変 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 高脂血症 ☐ 心臓ペースメーカー ☐ その他（ ）					
現在、飲んでいるお薬はありますか？ ☐ なし ☐ 抗凝固薬（血をサラサラにする薬） ☐ その他（ ）					
喫煙、飲酒について教えてください 喫煙 ☐ 吸わない ☐ 吸う（ 本/日× 年間） ☐ 禁煙した（ 年前から） 飲酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む（週 日） 種類・量（ ）					
アレルギーはありますか？ お薬： ☐ なし ☐ あり（ ） 造影剤： ☐ なし ☐ あり（ ） 食べ物： ☐ なし ☐ あり（ ）					
お仕事は？ ☐ 事務 ☐ 営業 ☐ 力仕事 ☐ 主婦 ☐ 立ち仕事 ☐ 無職 ☐ 学生 ☐ 仕事を続けている ☐ 仕事は休んでいる ☐ その他（ ）					
★女性の方へ。 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい（○妊娠中 ○妊娠の可能性あり ○授乳中）					
治療の一環として保険適用外の 自由診療（はり、マッサージなど）をご希望されますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 一度、話を聞いてみたい					
適応がある場合、再生医療（自分の血液を利用した最先端治療）をご希望されますか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 一度、話を聞いてみたい					
当院をどちらでお知りになりましたか？ ☐ インターネット ☐ 看板 ☐ 知人 ☐ 通りがかり ☐ その他（ ）					
介護認定を受けていますか？ ☐ いいえ ☐ はい（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 デイサービス・訪問リハの利用 あり・なし）					

【ご来院の皆様へ】

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つとめております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ (はい いいえ)

★院内でのマスク着用、手指消毒にご協力ください！

★診察の順番が前後することがございます。恐れ入りますが、ご了承ください。