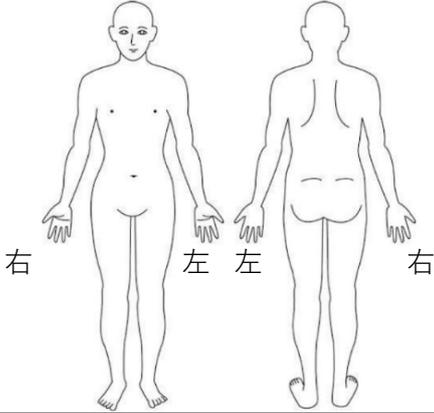


整形外科問診票

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？ <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> つっぱる <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 転んだ・転倒した <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> 落ちた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> 運動中 <input type="checkbox"/> はさんだ <input type="checkbox"/> 切った <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> その他 ()				
今回の症状で他の病院先からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()				
過去に手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓・血管病 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎・肝硬変 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ()				
現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 (血をサラサラにする薬) <input type="checkbox"/> その他 ()				
喫煙、飲酒について教えてください 飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 () 喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間)				
アレルギーはありますか？ お薬： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 造影剤： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 食べ物： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
介護認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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)				
★体内金属はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
★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？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (○妊娠中 ○妊娠の可能性あり ○授乳中)				
お仕事は？ <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 仕事を続けている <input type="checkbox"/> 仕事は休んでいる <input type="checkbox"/> その他 ()				
15歳未満の方 身長体重はおいくつですか？ (cm ・ kg)				
適応がある場合、 <u>再生医療</u> (自分の血液を利用した最先端治療) をご希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 一度、話を聞いてみたい				

【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)

当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()
--

★ 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。