

整形外科問診票

medical questionnaire

受診日： 年 月 日

ふりがな () 氏名	性別	職業
	男・女	身長 cm 体重 kg
生年月日 明・大 昭・平 年 月 日生	年齢 歳	携帯電話
住所 〒	電話番号 (自宅)	

マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ はい いいえ

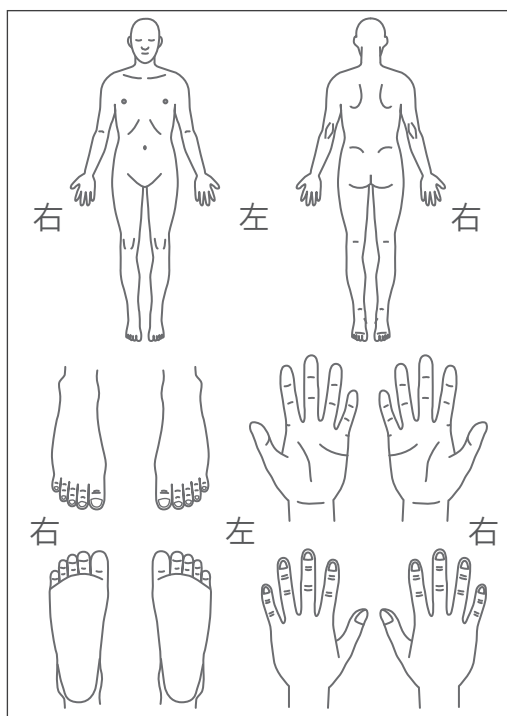
当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

下記の質問にお答えください

① 紹介状は？ (なし ・ あり：医療機関名)

② 症状について

- どこが悪いですか？ 絵に○をつけてください。
- いつから
- どんな症状ですか？
 痛い しびれる 動かしにくい はれている
 傷がある その他
- 症状がでたきっかけは何ですか？
 運動で 仕事で 交通事故で 原因不明
 その他
- 今回の症状で他の医療機関で治療していますか？
(はい ・ いいえ)
はいの場合：医療機関名
- 治療は何ですか？
 お薬 注射 リハビリ その他



③ 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？

(なし ・ あり) ありの場合：

④ 現在治療中の病気がありますか？

(はい ・ いいえ) はいの場合：
 がん 脳出血 脳こうそく 心筋こうそく 狭心症
 糖尿病 高血圧 高脂血症 肝炎 腎臓病
 結核 その他

⑤ 食物や薬品のアレルギーはありますか？

(なし ・ あり) ありの場合：食品名、薬品名

⑥ 現在飲んでいる薬があれば、お書きください。

⑦ 女性の方へ。 妊娠している可能性は？ (なし ・ あり)

ありがとうございました。 伊藤クリニック スマイルクリニック サニークリニック