

整形外科問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	
お名前	(男 ・ 女)	年 月 日 (歳)	
TEL		現在の体温	℃

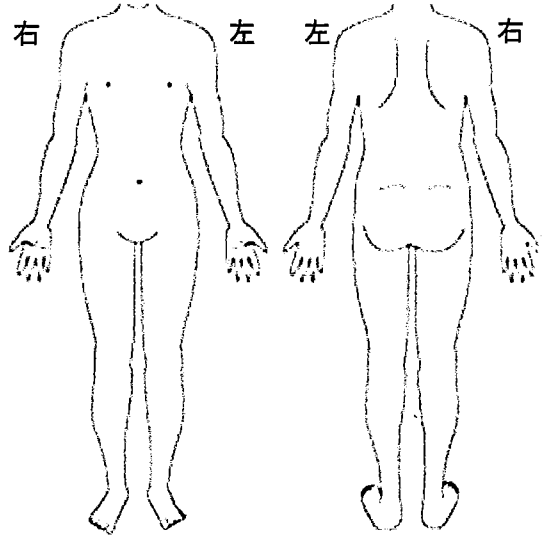
※該当する症状のところに○をしてください

■いつ頃からどのような症状でお困りですか？

_____年 _____月 _____日から

症状

<input type="checkbox"/> 生活や運動中での怪我や痛み	<input type="checkbox"/> 工作中での怪我
<input type="checkbox"/> 交通事故での怪我や痛み	<input type="checkbox"/> 自損事故での怪我や痛み
※具体的に記入願います	



※他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は事前に窓口へお持ちください

■リハビリテーションのご希望はございますか？

なし あり

■現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？（内服ありの方は診察時お薬手帳をお出してください）

なし あり

病名： _____ 医療機関名： _____

お薬の名前： _____

■今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？ はい いいえ

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

_____歳 病名： _____

医療機関名： _____ 通院 入院 手術

■お薬や食品でアレルギーはありますか？ ■ほかにアレルギーはありますか？

なし あり (_____) なし あり (_____)

■<女性の方のみ>現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠： はい いいえ 可能性あり 妊娠中の方→ (_____ ヶ月)

授乳： はい いいえ

■マイナ保険証の診療情報取得の同意（同意した ・ 同意していない）

※情報取得に同意した方の処方情報と特定健診情報を取得、活用する場合があります

■その他、お気付きのこと等あればご記入ください

ご記入ありがとうございました。