

受付時間

予約時間

紹介状 有 ・ 無

体温

整形外科問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	年齢	生年月日
お名前	様		歳	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒	-	電話	- -
			携帯	- -
			緊急連絡先	(ご関係) ()
			身長	cm 体重 kg

1. どのような症状で来院されましたか？

- 痛い しびれる 腫れてきている 動きが悪い
 その他 ()

2. 具合の悪いところを○しるしをつけてください

3. その症状が出たのはいつ頃からですか？

(年 月 日から)

4. 原因と思われることはありますか？

()

5. 今回の症状に関して治療を受けたことがありますか？

- いいえ はい → (病院名)

6. 現在治療中、または今までにかかったことのある病気があればお答えください。

- 特になし 高血圧 糖尿病 ぜんそく 胃かいよう 心臓病 腎臓病 肝臓病
 リウマチ 脳梗塞 痛風 その他 ()

7. 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

- いいえ はい → (食べ物) (薬)

8. 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 現在授乳中ですか？ はい いいえ

9. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがあればお答えください。

手術名 (: _____年) 手術名 (: _____年)

10. 体内に金属はありますか？

- いいえ はい → (部位:)

11. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- バス広告 ホームページ かかりつけの病院からの紹介 知人からのすすめ
 その他 ()

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。

マイナ保険証で受付をされた方へ

 私はマイナ保険証による診療情報取得に同意します