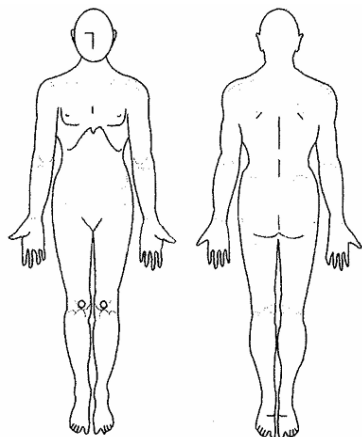


整形外科 問診表

ふりがな		生年月日		年齢
氏名	男・女	T・S・H・R 年 月 日		歳
住 所 〒 -				職業
自宅電話		携帯番号		

- 「当院の個人情報取り扱いについて」の記載内容について同意しますか ☐ 同意する
- マイナ保険証による診療情報提供取得に同意しますか ☐ 同意する

診察を希望する場所に○をつけてください。



どのような症状ですか	
☐ 痛み	☐ しびれ
☐ 腫れ	☐ 外見上の変形
☐ 皮膚の変色	☐ しこり
☐ 筋肉のハリ感	☐ 動かしにくさ
☐ 重だるさ	☐ 脱力感
☐ その他	

●症状はいつからですか

- 思い当たる原因はありますか。
- ☐ 転倒 ☐ 強打 ☐ 挟んだ ☐ 捻った ☐ 切った
- ☐ 不明 ☐ その他 ()

●今回受診される内容は下記に該当しますか

- ☐ 事故でのケガ ☐ 学校でのケガ
- ☐ 仕事でのケガ ☐ 通勤中のケガ

●下記に該当しているものはありますか

- ☐ 妊娠中 ☐ 授乳中 ☐ 体内金属 ☐ ペースメーカー
- ☐ 喘息 ☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ 持続血糖測定器

●薬剤・食物アレルギーはありますか

- ☐ あり ☐ なし

内容・症状

()

●これまで大きなけがや病気、手術歴ありますか

- ☐ あり ☐ なし

病気・手術歴

()

●現在通院治療中の病気や内服中の薬はありますか。

- ☐ あり ☐ なし

病名()

●当院は何で知りましたか。

- ☐ HP ☐ チラシ ☐ 病院ナビ ☐ 通りがかり

- ☐ 看板 ☐ Googleマップ ☐ タウンニュース

※内服薬がある場合お薬手帳の提出をお願いします。 ☐ 紹介