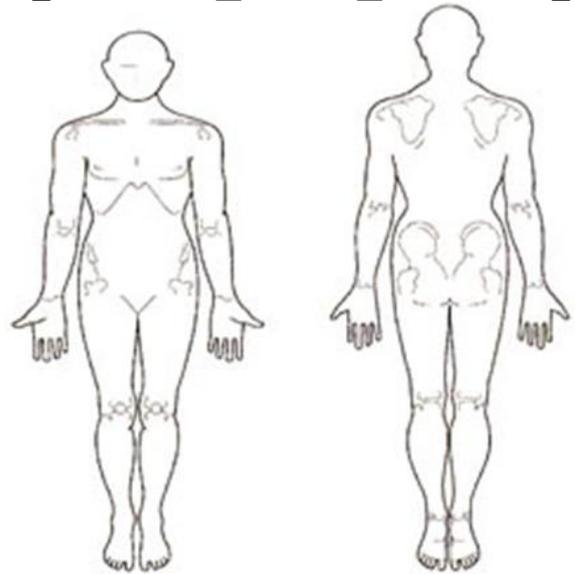


# 整形外科問診票

フリガナ お名前	男 女	生年月日 大正 昭和 平成	年	月	日
ご住所（〒 - ）		電話番号（ ）			
		緊急連絡先（ ）			
身長	cm	体重	kg	体温	℃

① 他の医療機関からの紹介状はありますか？ はい いいえ  
右 左 左 右

② どのような症状で来院されましたか？  
痛い しびれる 腫れ 動きにくい  
その他  
※症状のある部位はどこですか？  
頸椎 背部（右・左）膝（右・左）肩  
（右・左）肘（右・左）足首  
その他（ ） → 図へ



症状のある部位に○をして下さい

③ いつ頃から症状は出てきました？  
年 月 日

④ 症状がでたきっかけ・原因は何ですか？  
スポーツ 転倒  
仕事中（労災保険での治療になります。）  
その他（ ）  
特に原因なし

⑤ 今回症状でほかの医療機関を受診されていれば記入してください。  
（ ） 病院・医院  
治療内容：投薬 注射 物療 その他  
検査：レントゲン MRI その他  
受診日：

⑥ 現在治療中の病気があれば記入して下さい。  
高血圧 糖尿病 心臓病（狭心症・不整脈など） 脳梗塞 腎臓病  
喘息 胃潰瘍 その他（ ）

⑦ 現在、服用されている薬はありますか？  
ある お薬手帳がある方は提出してください。忘れた方は薬剤名（ ）  
ない

⑧ これまでに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがあれば記入してください。  
病名（ ）： 年頃）手術（ ）： 年頃）

⑨ この1年間で健診を受診されましたか？ はい いいえ

⑩ 薬や食べ物でアレルギーが出た事があれば記入してください。  
ある 薬（ ） 食べ物（ ）  
ない

⑪ 趣味・健康目的で何か運動（スポーツ）をされていれば記入してください。  
種類（ ） 回/週・月

⑫ 妊娠している可能性はありますか？授乳中ですか？  
はい（妊娠週数 週） いいえ 授乳中（生後 カ月）

⑬ 今回の診療に対し、後日交通事故や労災を申請しないことを了承します。

自署 \_\_\_\_\_

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。  
マイナ保険証による診療情報取得に同意（ します ・ しません ）