

ID: _____

令和 年 月 日

整形外科問診表

体温 (. 度)

フリガナ		性別	年齢
お名前		男 ・ 女	才
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	自宅	
住 所	〒	携帯	
お仕事	事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・無職・学生・その他 ()		
スポーツ歴	野球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケットボール・バレーボール・バトミントン・卓球・マラソン・その他 ()		

※患者様よりご提供いただいた個人情報は当クリニックでの治療目的以外で使用致しません

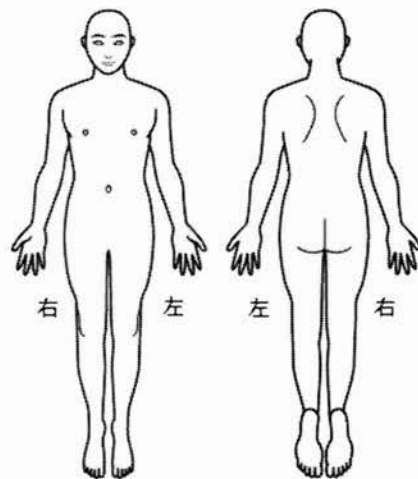
身長: _____ cm 体重: _____ kg

※交通事故、仕事中的のケガの場合は受付へお申し出ください。

1. どのような症状で来院されましたか？

- 痛い しびれる 腫れている 動きが悪い
 その他 ()

2. 具合の悪いところに○印をつけてください



3. 症状が出たのはいつ頃からで、原因と思われることはありますか？
(年 月 日から 原因:)

4. 今回の症状に関して、他院へ受診、治療を受けたことがありますか？

- いいえ はい (病院名)

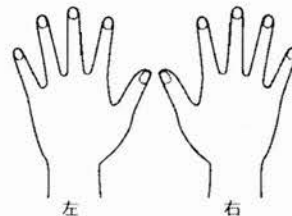
5. 他院からの紹介状をお持ちですか？ いいえ はい

6. 今までに入院、手術歴がありますか？ いいえ はい

(病名、手術内容:)

7. 現在、治療中のご病気はありますか？

- 特になし 高血圧 糖尿病 ぜんそく 胃潰瘍 心臓病
 リウマチ 腎臓病 肝臓病 糖尿病 脳梗塞 痛風
 肝炎 その他 ()



8. 現在、服用中のお薬はありますか？ いいえ はい

(薬の名前:)

9. 薬のアレルギーはありますか？ いいえ はい (薬の名前:)

10. この1年間で、健康診断を受けましたか？ いいえ はい

11. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

現在授乳中ですか？ いいえ はい

12. 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- ホームページ 電柱広告 パンフレット バス車内広告 その他 ()

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂けますか？ いいえ はい

14. 介護保険をお持ちの方へ

介護の認定区分は？ 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

介護保険サービスを利用されていますか？ いいえ はい