

受診時、問診票は受付にご提出ください

(問診票) 整形外科

記入日 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名		年 月 日 歳
住所 〒 -		
本人連絡先: - -	他連絡先: - -	(続柄:)

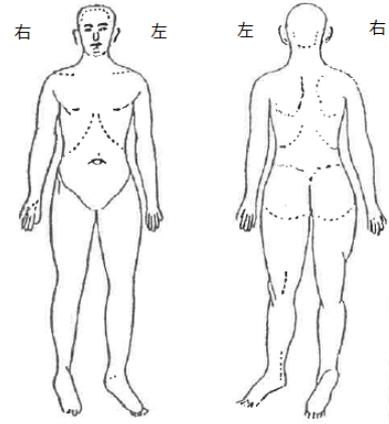
連絡先は2か所お願いしております

① あてはまる症状に○をつけてください。

痛み ・ 腫れ ・ 出血 ・ しびれ

その他: _____

痛いところに○を付けて下さい



② 症状はいつからですか？

今日から ・ 昨日から ・ () 日前から

③ 思い当たる原因はありますか？

交通事故 ・ 仕事中

特になし ・ その他: _____

④ 今回の症状で他の病院等を受診しましたか？

いいえ ・ はい⇒ 紹介状 有・無 ⇒医療機関名: _____

⑤ 現在、他の病院にかかっている病気がありましたら○をつけてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 脳卒中 心臓病 胃潰瘍 肝臓病
腎臓病 緑内障 ぜんそく 肺炎 がん 前立腺肥大症

⑥ 現在常用している薬はありますか？ (お薬手帳のある方は提出をお願いいたします。)

いいえ ・ はい⇒手帳がない場合は薬名を記入: _____

⑦ 薬や注射などで体に合わないものはありますか？ (アレルギー体質)

ない ・ ある⇒薬の名前: _____

⑧ 女性の方へ 妊娠の有無: 有 ・ 無 ・ 可能性あり/授乳の有無: 有 ・ 無

⑨ マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか? 同意する ・ 同意しない

◆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おります。正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。