

# 問診票【整形外科】

NO. \_\_\_\_\_ 年 月 日

|      |   |     |      |       |   |   |      |
|------|---|-----|------|-------|---|---|------|
| フリガナ |   | 男・女 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日(才) |
| お名前  |   |     | 携帯番号 |       |   |   |      |
| ご住所  | 〒 |     | 電話番号 |       |   |   |      |

1. 本日の診察箇所の症状を教えてください。

- ①いつ頃からですか？ ( )  
 ②どちらの部位ですか？ 下図に○をつけてください。

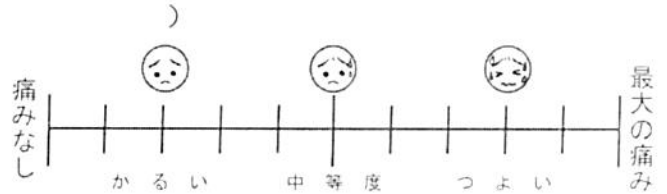


- ③どのような症状ですか？  
 痛み  変形  腫れ  しびれ  動きが悪い  その他 ( )  
 ④きっかけ、原因はありますか？  
 いいえ  はい ( )

※交通事故や労災のお怪我の場合チェックをお願いいたします。

- 交通事故  労災 ( 仕事、通勤中のお怪我 )

- ⑤痛みの程度を右記に○をつけてください。→



2. 現在あるいは過去に、この症状で治療を受けていますか？

- いいえ  はい

3. 現在治療中、又は今までにかかった病気があればチェックをつけてください。

- 高血圧  糖尿病  心臓病  脳梗塞  胃潰瘍  喘息  肝臓病  腎臓病  痛風  
 リウマチ  その他 ( )

4. 現在服用している他のお薬はありますか？ (お薬手帳があればご提示ください)

- いいえ  はい ( )

5. 過去に怪我や病気で手術または治療をしたことがありますか？

- いいえ  はい ( )

6. 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

- いいえ  はい ( )

7. 女性の方へ

- ①現在妊娠中ですか？  いいえ  はい  
 ②現在授乳中ですか？  いいえ  はい

8. スポーツはしていますか？

- いいえ  はい スポーツの種類 ( )

9. 喫煙者の方へ

1日の喫煙量 ( ) 本/日 もしくは ( ) 箱/日

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意いたします。  はい  いいえ

\*当クリニックはマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関 (医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関) です。