



年 月 日

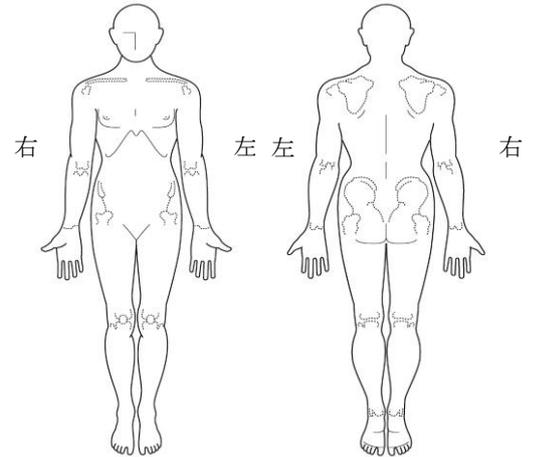
整形外科外来受診の方へ (※ご記入後、問診窓口へご提出下さい)

フリ ガナ

氏名 _____ 診察券番号 _____ 緊急連絡先 _____

男 / 女 年齢 _____ 歳 / 身長 _____ cm / 体重 _____ kg

- どこが悪いですか？右の絵に○で印をつけて下さい。
- いつからですか？ _____
- どのような症状ですか？
 - いたい 力が入らない 音がする おもい
 - つっぱる つかれやすい しびれる 動きが悪い
 - 形がおかしい はれている その他 _____
- 原因はありますか？
 - 交通事故 仕事中
- いままでに、同じようになったことがありますか？
 - いいえ はい _____ 回
- こんどの病気で他の医院などで治療を受けていますか？どんな治療をしていますか？
 - なし あり 医院名 _____ 治療 _____ ※紹介状 あり なし
- 家族に同じような病気がありますか？
 - なし あり 誰に _____ どのような _____
- どんなスポーツをしていますか(していましたか)？



- 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを()にご記入下さい。
 - 喘息 (_____ 歳頃) 高血圧 (_____ 歳頃)
 - 糖尿病 (_____ 歳頃) 心臓病 (_____ 歳頃)
 - その他 (病名: _____)
- 今までに手術や輸血の経験はありますか？
 - なし あり 病名: _____
 - いつ頃: _____
- 現在飲んでいる薬はありますか？
 - なし あり 薬品名: _____
- アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。
 - 薬品 なし あり (_____)
 - 食べ物 なし あり (_____)
 - その他 なし あり (_____)
- たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた
 - (1日 _____ 本、約 _____ 年間)
- アルコール 飲まない 飲む (種類: _____、1回 _____ 杯、毎日 時々 月 2~3回)
- 女性の方へ 妊娠している可能性は？ ない ある
- 乳児検診の方へ
 - ①お産の回数 _____ 回 第 _____ 子 ②妊娠中の異常 なし あり
 - ③お産 正常 異常(逆子 仮死 その他) ④出生時体重 _____ グラム
- 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
- 過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明

※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します。