

整形外科問診票

患者ID		令和 年 月 日	
フリガナ		※変更があった方のみ ご記入ください。 住所・電話番号など	
氏名			

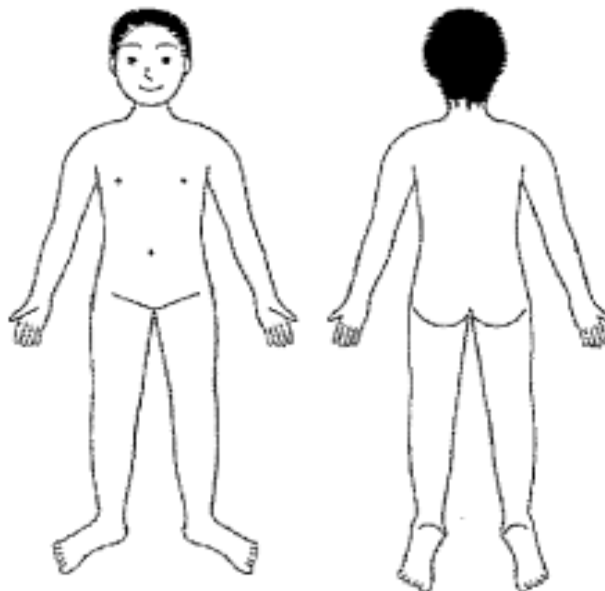
1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

(身長、体重もお答えください)

・いつ 年 月 日から 身長 cm 体重 kg

・症状 ☐ 痛い ☐ しびれる ☐ 腫れ ☐ 動きにくい ☐ その他()

※上記症状について具体的に記入し、症状のある部位に○印をつけて下さい



・原因 ☐ 交通事故(被害者・加害者・自損事故) 車・自転車・歩行者・その他()

☐ 工作中的事故(職業:) (状況:)

☐ スポーツ外傷(競技:) (状況:)

☐ 転倒 ☐ その他() ☐ 特に原因なし

※上記原因について具体的に記入ください。

()

2. この症状で他の医療機関を受診されていますか？

() 病院・医院・クリニック

・受診時期 (年 月 日 頃)

・紹介状 ☐ あり ☐ なし (画像 ☐ あり ☐ なし)

・治療内容 ☐ 投薬 ☐ 注射 ☐ リハビリ ☐ その他()

・検査内容 ☐ レントゲン ☐ MRI ☐ CT ☐ その他()

【裏面もご記入ください】

3. 現在治療中の病気があればお答えください。

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞 ☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ 胃潰瘍
☐ その他() ☐ 治療中の病気はない

4. 現在、何か薬を飲んでいますか。

- ☐ はい ・ お薬手帳あり (問診票と一緒に お薬手帳をお出し下さい)
☐ はい ・ お薬手帳なし (薬剤名:)
☐ 飲んでいる薬はとくにない

5. 過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。

手術名 (: 年前) 手術名 (: 年前)

6. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答えください。

- ☐ ある: 薬() ・ 食べ物()
☐ ない

7. 女性の方のみお答えください。

・妊娠中ですか? ☐ はい ☐ いいえ ・授乳中ですか? ☐ はい ☐ いいえ

8. 当日MRI検査ができます。希望されますか? (予約状況や身体の状態では希望に沿えない場合もあります)

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ 検査の必要があれば

9. 介護保険証について

- ☐ 認定を受けている (支援1 ・ 支援2 ・ 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5)
☐ 認定を受けていない ☐ 申請中 ☐ わからない

10. 新型コロナのワクチン接種はされましたか?

- ☐ はい (1回目: 年 月 日 ・ 不明) (2回目: 年 月 日 ・ 不明)
(3回目: 年 月 日 ・ 不明) (4回目: 年 月 日 ・ 不明)
☐ 1度も接種していない

11. その他ご要望があればお答え下さい。

()

当院にて、初めて診察を受ける方のみご記入ください。

12. 当院をどのようにお知りになりましたか?

- ☐ 紹介 (かかりつけ医 ・ 家族 ・ 友人 ・ その他) ※○をして下さい
()様から ※差し支えなければお名前をお聞かせ下さい
☐ 近所にお住まいで以前から当院を知っていた ☐ 看板 ・ 広告
☐ 日暮里舎人ライナーなどの車内アナウンス ☐ その他()
☐ ホームページ ☐ 医療機関検索サイト()