

☆整形外科外來問診票☆

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 職業 _____
 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1、診てもらいたいところを
 右図に○印をつけてください。

2、あてはまる症状に○をつけてください。

痛み しびれ 腫れ その他 ()

3、どんな時に感じますか? ()

4、いつからですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日

5、思い当たる原因はありますか? ()

6、この症状に対して治療をしていましたか?

していない していた 病院名: _____
 治療内容: _____

7、今までにかかったことのある病気やケガはありますか?

高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 不整脈 胃十二指腸潰瘍
 高脂血症 肝炎 肺結核 痛風 ぜんそく その他()

8、入院・手術をしたことがありますか?

年 月 病名: _____ 病院名: _____
 年 月 病名: _____ 病院名: _____

9、虫歯はないですか? あり→(未治療・治療中) なし 不明

10、体内に金属が入っていますか? いいえ はい ()

11、現在服用されている薬がありますか? ない ある (_____) お薬手帳忘れ
 ※お薬手帳を提出してください。

12、アレルギーはありますか?(薬・食物・金属等)

ない ある (種類: _____ いつ頃: _____)

13、麻酔(歯科麻酔を含む)で気分を悪くしたことがありますか?

ない 経験無し ある

14、(女性の方へ)現在妊娠中ですか? いいえ はい(妊娠 _____ 週)

15、タバコは吸いますか? 吸わない 吸う 以前喫煙歴あり

喫煙状況:紙巻きタバコ(種類: _____)(一日使用数: _____ 本/ _____ 年)
 加熱式タバコ等(種類: _____)(一日使用数: _____ / _____ 年)
 電子タバコの使用有無(有り・無し)
 ★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願い致します。
 禁煙状況:(_____ 年前/ _____ ケ月前/ _____ 日前 から禁煙)
 受動喫煙状況:同居者で喫煙している人はいますか。(喫煙者の続柄: _____)

16、現在他の病院に入院中ですか? いいえ はい(施設名: _____)

17、6ヶ月以内に海外へ行かれたか? いいえ はい(国名: _____)

18、マイナ保険証による診療情報に同意しましたか? いいえ はい

19、他の医療機関からの紹介状はありますか? いいえ はい(医療機関名: _____)

20、この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診していますか?

いいえ はい(受診時期: _____ 指摘事項: _____)

21、その他、特にお話しておきたいことがあればご記入ください

(_____)

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いたします。