

--	--	--	--	--

初診整形外科問診票

受診日 西暦 年 月 日

身長 cm 体重 kg 体温 °C

フリガナ 氏名		男 女	年齢 歳	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒				
電話番号	携帯	御自宅【その他】			

◆マイナ保険証による情報取得に同意しましたか ・はい ・いいえ

◆他の医療機関からの紹介状を持っていますか ・はい ・いいえ

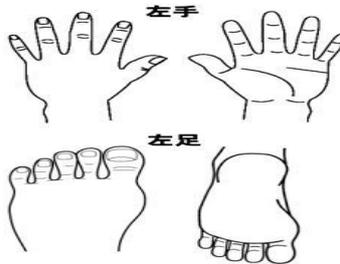
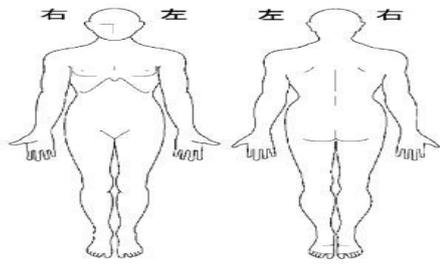
1. いつ頃からどのような症状で来院されましたか いつごろ：( )

症 状： ・痛み・腫れ・しびれ・つる・動きにくい・その他 ( )

2. どちらの部位ですか下の図にも○をつけてください

・首・背中・肩(右・左)・腰(右・左)・膝(右・左)・足首(右・左)・足(右・左)・肘(右・左)

その他 ( )



3. きっかけ、原因等がありますか

仕事中・通勤中・交通事故・学校で・スポーツ(仕事・通勤中・交通事故は受付まで)

・その他 ( ) ・特になし

4. 現在この症状で治療を受けていますか ・はい ・いいえ

内容：( )

5. 現在通院している病院・医院・クリニックはありますか ・はい ・いいえ

いつ頃から 医療機関名： 治療内容：

6. 現在、処方されている薬はありますか ・はい ・いいえ

いつ頃から： 薬剤名：

7. これまで大きな病気にかかったことがありますか(入院や手術を要する病気等)

・はい ( ) ・いいえ

8. この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受診しましたか ・はい ・いいえ

9. 今まで薬や注射、食品などでアレルギーをおこしたことがありますか

・はい(原因： 症状： ) ・いいえ

10. 女性の方へ 現在妊娠中ですか ・はい(妊娠週数： ) ・いいえ

現在授乳中ですか ・はい ・いいえ

11. 当院に来院されたきっかけ ホームページ(クリニックホームページ・足立区ドクターズ・ドクターズファイル)

医療機関の紹介・近所に在住、在勤、通学・家族が通院・知人の紹介・その他 ( )

12. その他(医師に伝えたいことばあればお書きください)

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お願いいたします。