

--	--	--	--	--

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

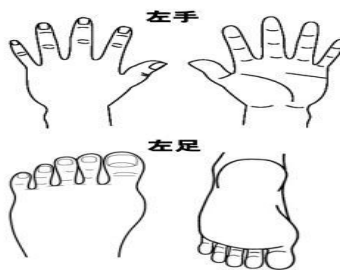
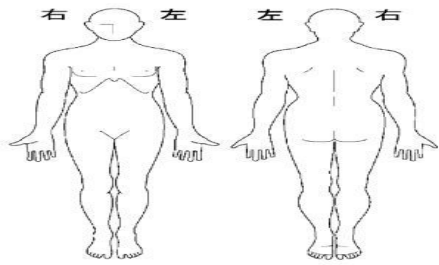
1. いつ頃からどのような症状で来院されましたか いつごろ：()

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。