

--	--	--	--	--

整形外科問診票

(労災・自動車事故・第三者行為の事故等はおこなってません)

		記載日	年	月	日
体温	℃	身長	cm	体重	kg
フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生
氏 名		女	年 齢	西暦	年 月 日生
住 所	〒				
電話番号	(自宅) 携帯				

※女性の方

妊娠または妊娠の可能性はありますか

・はい ・いいえ

授乳中ですか

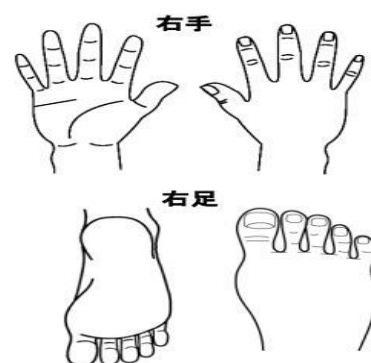
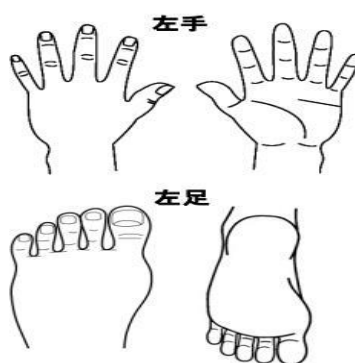
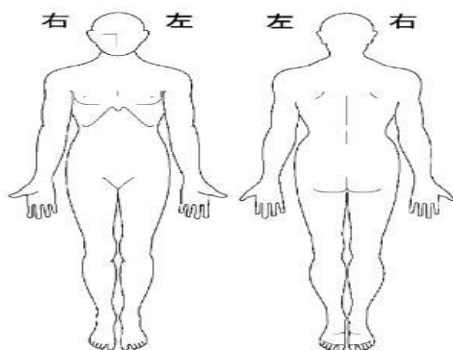
・はい ・いいえ

※心臓ペースメーカーを装着していますか

・はい ・いいえ

1. 今日はどんなされましたか

図でも示してください



・いつからどのような症状ですか

・原因

2. 今回の症状で他の病院・診療所・接骨院等への受診はありますか

・はい ・いいえ

3. 定期的に治療を受けている病気又はお薬等がありますか

・はい ・いいえ

4. 血液をサラサラにする薬を服用していますか

・はい ・いいえ

(バイアスピリン、プラビックス、エフィエント、プレタールなど)

(ワルファリン、プラザキサ、エリキュース、イグザレルト、リクシアナなど)

お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします

5. アレルギーはありますか(薬・注射・食べ物・その他)

・はい ・いいえ

6. 入院や手術を要する病気等にかかったことはありますか

・はい ・いいえ

7. その他 伝えたいことがありましたらご記入願います

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。