

記入日 年 月 日

整形外科 問診票

フリガナ

お名前： _____ 生年月日：T・S・H・R 年 月 日 年齢 歳(男/女)

〒

住所： _____ 電話/携帯 _____

* 当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を

取得することに同意しましたか？ いいえ はい

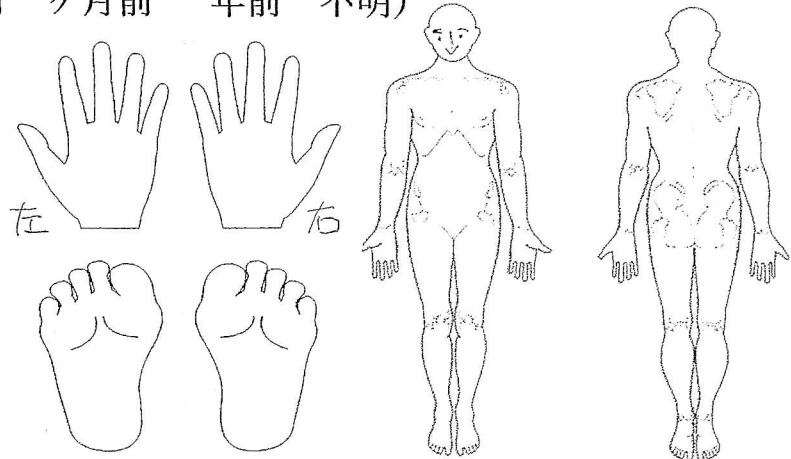
* 他の医療機関からの紹介状やROMはありますか？ いいえ はい

* 本日はどのような症状で来院されましたか？

【痛み・しびれ・ケガ・腫れ・しこり・やけど・その他 _____】

* 症状はいつ頃からですか？（今日 日前 ヶ月前 年前 不明）

症状のある部分に○をつけてください



* 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい

喘息・糖尿病・高血圧・脳梗塞・ペースメーカー・その他（ _____ ）

* 現在、飲んでいるお薬はありますか？ いいえ はい（お薬手帳 有・無）

薬の名前（ _____ ）

* 薬・金属・食べ物・アルコールで蕁麻疹などのアレルギーが出たことがありますか？

いいえ はい 薬の名前等（ _____ ）

* 女性の方へ。妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい（ _____ 月）・授乳中