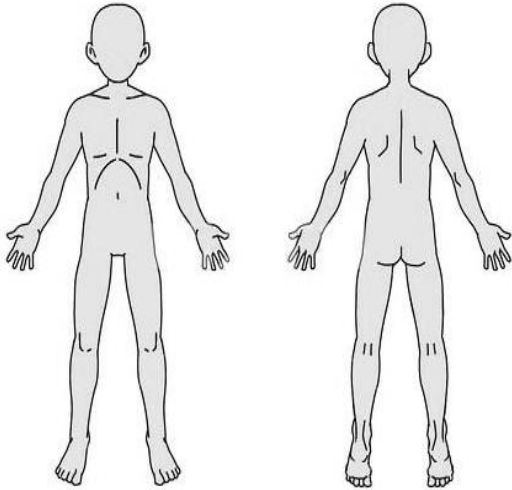


氏名		男・女	才
----	--	-----	---

- マイナ保険証を利用された場合、診療情報の取得に同意いただけますか？ ⇒ はい ・ いいえ
- 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ⇒ はい ・ いいえ

## 【 整形外科・問診票 】

1. わるいところに○印をつけて下さい。      2. それはいつごろからですか？



平成・令和 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から

( \_\_\_\_\_年・ \_\_\_\_\_カ月・ \_\_\_\_\_週間・ \_\_\_\_\_日前から )

3. どのような症状ですか？

4. 症状のおこりかたは？ ( 急に・ゆっくり )

5. はっきりした原因はありますか？

( ころんだ、重い物をかかえたなど )

6. それはお仕事中または交通事故ですか？

はい (通勤中・勤務中・交通事故) ・ いいえ

7. それに対する治療はうけましたか？

はい ( \_\_\_\_\_ ) 病院 ・ 接骨院

くすり ( ある ・ なし )

注射 ( ある・なし )      その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ

8. 手術を受けたことがありますか？ . . . . . ( ある ・ ない )

ある方は： \_\_\_\_\_ 歳時、何の手術ですか？ \_\_\_\_\_

9. 今までにかかった病気に○印をつけて下さい。

高血圧・心臓病・糖尿病・コレステロールの病気・痛風・肝臓病・腎臓病・

胃腸病・婦人科の病気・その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ なし

10. 現在のんでいるくすりはありますか？ . . . . . ( ある ・ ない )

どこの病院からもらっていますか？ ( \_\_\_\_\_ )

11. 食べ物やくすりや注射でのアレルギーはありますか？ . . . ( ある ・ ない )

ある方は： なにで？ \_\_\_\_\_ どうなりましたか？ \_\_\_\_\_

12. たばこやお酒はお好きですか？

①たばこ： のむ ( 一日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 年前から ) ・ のまない

②お酒 : のむ ( 日本酒・焼酎・ビール・ウイスキー：一日 \_\_\_\_\_ 本 ) ・ のまない

13. 女性の方のみお答え下さい。

①妊娠の可能性はありますか？ . ( ある ・ ない )

②授乳中ですか？ . ( ある ・ いいえ )