

整形外科問診用紙

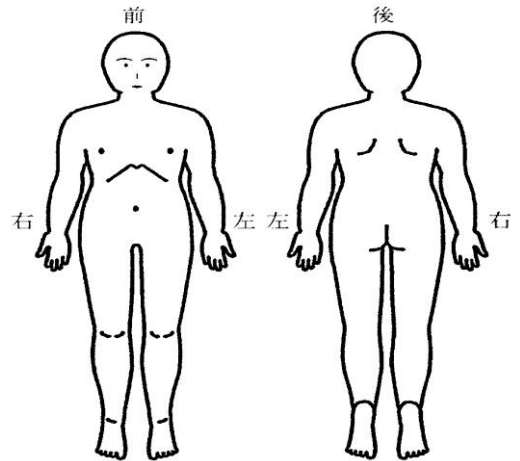
来院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 様 _____ 歳 男・女 身長(_____)cm 体重(_____)kg

1. 今日どのような症状がありますか？

- ・痛みがある
- ・動きが悪い
- ・重い感じがする
- ・その他 [_____]
- ・つっぱる
- ・骨折といわれた
- ・変形している
- ・腫れている
- ・冷える
- ・しびれる

(症状のあるところに○を付けてください)



※手の詳細は裏面の図をご利用下さい

2. 思い当たる原因をお書き下さい

(_____)

3. その症状はいつからですか？

_____ 月 _____ 日 _____ 時 頃から

- ・急に悪くなった
- ・徐々に悪くなった

4. 今回の症状のために、他の病院にかかりましたか？

- ・受けていない
- ・受けた いつ(_____)病院名(_____)

何と言われましたか？(_____)

レントゲン等の検査を受けましたか？

はい いいえ

※CD-ROM・フィルムなどを持参された方は受付に提出して下さい

5. 今までに罹った病気についてお伺いします。

- ・特にない
- ・糖尿病
- ・結核
- ・その他の病気 [_____]
- ・高血圧
- ・心臓病
- ・気管支喘息

6. 今までに手術を受けたことがありますか？

ある方は (_____)歳の頃 (_____) の手術 ある ない

7. 現在飲んでいる薬がありますか？

お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。
お持ちでない方は下記にお薬名を記載して下さい

ある ない

[_____]
どこでもらっていますか？ 病院名 _____

8. アレルギーはありますか？

(薬・麻酔注射・食べ物・花粉症・その他)

アレルギーの内容 (_____) ある ない

9. お仕事はなさっていますか？

仕事の内容をご記入ください例: デスクワーク (_____) はい いいえ

10. スポーツをなさっていますか？

何のスポーツですか？ (_____) はい いいえ

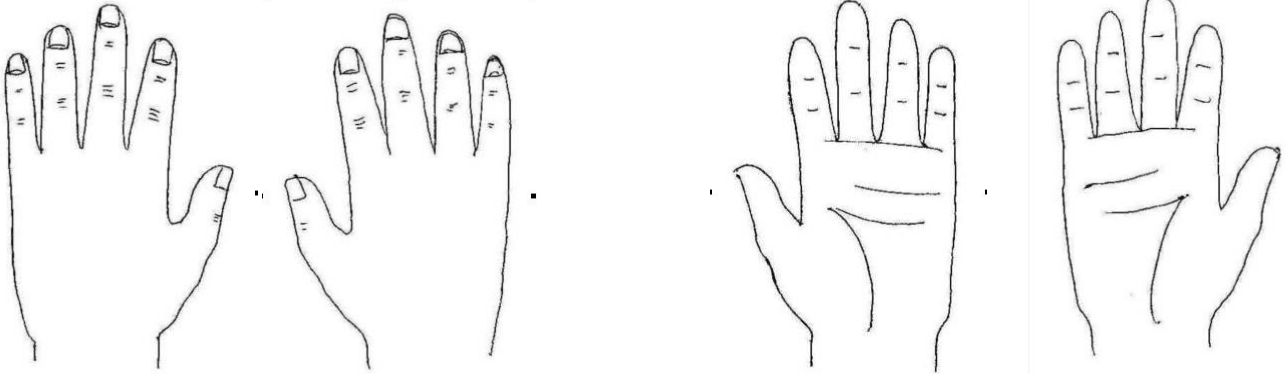
※裏面の記載もお願いします。

11. 利き手はどちらですか？

右手 左手

13. (女性の方へ) 現在妊娠していますか？授乳中ですか？

妊娠していない 妊娠している()週 妊娠の可能性ある
授乳していない 授乳している



以下、マイナ保険証による医療情報等に関して質問事項

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ (はい いいえ)
→ご同意いただける場合、新患受付のマイナカード読み取り機をご利用ください。
2. 本日は他院からの紹介状を持参していますか？ (はい いいえ)
3. 現在他の医療機関に通院していますか？ (はい いいえ)
医療機関名 ()
治療内容 内服・点滴・手術・経過観察・その他()
4. 直近1年以内に検診(特定検診・高齢者検診)を受診しましたか？
受診日() 指摘事項()

当院は診療情報を取得・活用することにより、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※14～16は必要時、看護師がお尋ねいたします。

14. 介護認定を受けていますか？ 受けている 受けていない

受けている方 介護度は 要支援() 要介護()

担当事業所名

ケアマネージャー 氏名/連絡先

訪問看護の利用 利用あり 利用なし

15. 緊急時の連絡先

①ご本人との関係() 電話番号()

②ご本人との関係() 電話番号()

16. 同居のご家族はいますか？

いる 配偶者 子() その他()

独居

※患者様の個人情報は、当院における個人情報の利用目的以外には使用いたしません。