

整形外科受診の患者さんへ

診察時の問診に先だって下記の問診表にご記入をお願いします。

1. 本日はどのような症状(目的)で来られましたか？ 簡単にお答えください
2. それはいつ頃からですか？
3. どこかでその治療を受けておられますか？
 受けていない 受けている (医院、接骨院)
4. 現在、何かの治療を受けておられますか？ (例えば、高血圧、糖尿病、うつ病、透析中)
 受けていない
 受けている ()
5. 過去に、手術や大きな病気、ケガをされたことはありますか？
 ない ある ()
6. どのようなお仕事やアルバイトをされていますか？
 () なし、主婦、学生
7. スポーツをされていますか？ はい いいえ
(現在、以前:)
8. 趣味や好んでされていることはありますか？ はい いいえ
()
9. 利き手はどちらですか？ 右 左
10. 身長と体重はどれくらいですか？ 身長_____cm 体重_____kg
11. アレルギーはありますか？
 ない
 ある:薬、食物、花粉(名前がわかれば)
12. アルコールは？ 飲まない 飲む ()
タバコは？ 吸わない 吸う (本/日)
13. この1ヶ月間に海外へ行かれましたか？ いいえ はい (場所: 帰国日: /
14. 女性のみ○をつけて下さい。
 なし 妊娠中(予定日 年 月 日) 妊娠の可能性がある 授乳中
15. 最後に:医師に何か伝えておきたいことがあればお書きください。

ご記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ / 年齢 _____ 歳 (男性・女性)

ご記入者 本人・ご家族・付き添い者(_____)

診 療 申 込 書		受診日 令和 年 月 日	
ふりがな		性 別	旧 姓
氏 名	姓 名	男 ・ 女	
生年月日	M T S H R 年 月 日	年齢	歳
現 住 所	〒 —		
	ふりがな 都 道 市 府 県		
連絡先① ()	— —	連絡先② ()	— —
病院使用欄 ID		※連絡先が、本人以外に繋がる場合は、 関係を()内に記載をお願いします。	
