外科・　整形外科　問診票

年　月　日

ID　　氏名　　年齢

体温　　度　　身長　　cm　　体重　　kg

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します。

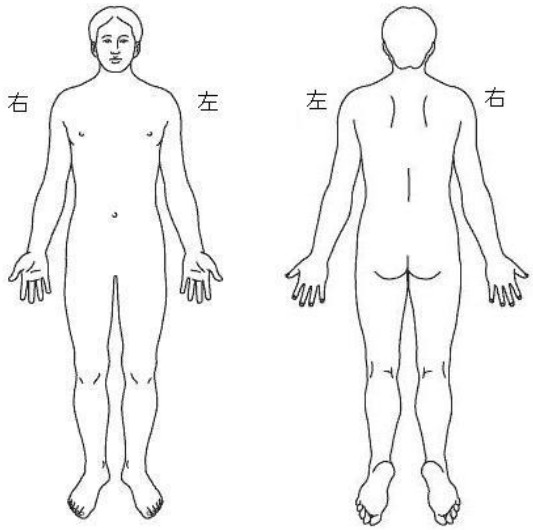
◆マイナ保険証はお持ちですか？（ 有 ・ 無 ）
◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（ はい ・ いいえ ）
◆他の医療機関から紹介状はお持ちですか？（ はい ・ いいえ ）
◆この１年間で特定健診及び高齢者検診を受けましたか？（ はい ・ いいえ ）

◆ 処方はどちらを希望されますか　　院内処方　　院外処方

◆ 本日はどのような症状での受診ですか

・勤務中・通勤中の怪我ですか　　はい　　いいえ
・交通事故ですか　　はい　　いいえ
・診断書は必要ですか　　はい　　いいえ

・症状はいつからありますか？（　　年　　月　日頃から）
・どのような症状ですか？
痛い　　腫れている　　しびれる
傷がある　　その他（　　）
・症状のある部位に〇をつけてください→



◆ 原因があれば記入してください

◆ 上記の事で他の病院にいきましたか
行かない　　行った（いつ　　どこに　　）

◆ 現在、通院中の医療機関はありますか　　ない　　ある（病院名　　）
◆ 現在、飲んでいる薬はありますか　　ない　　ある（薬剤名　　）
（薬の説明書があれば見せてください）

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか　　ない　　ある
（病名　　治療内容　　何歳　　）

◆ アレルギーがありますか　　薬物　　ない　　ある（薬品名　　）
食物　　ない　　ある（食物名　　）

★女性のみ　妊娠の可能性　なし　ある（現在　　ヶ月）　★授乳中ですか　いいえ　　はい