

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）

※当院では原則、院外処方です

◆ 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

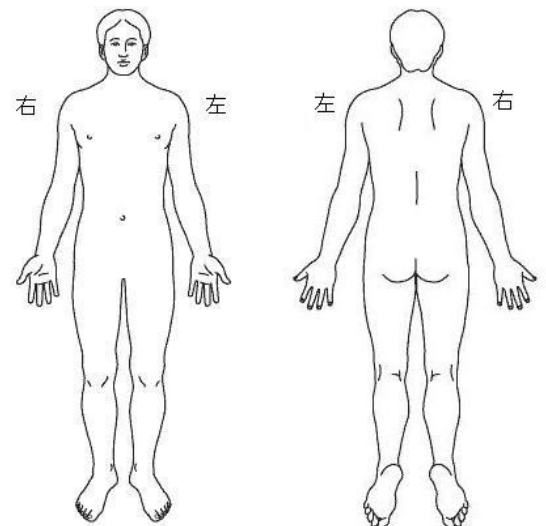
・症状はいつからありますか？（年 月 日頃から）

・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○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