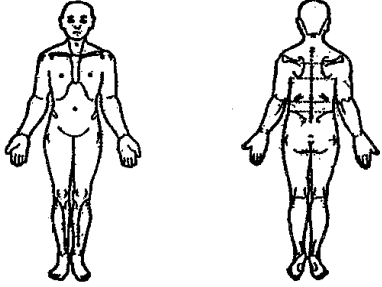


## 外科・整形・泌尿器科 問診表

記入日 年 月 日

お名前		様          性別   男 ・ 女          年齢      歳	
本日、受診された症状について	内容:  発症時期:	<b>◆マイナ保険証による診療情報取得に同意</b> <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 持っていない  <b>◆他の医療機関からの紹介状</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある  <b>◆現在、他の医療機関に通院していますか</b> <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 医療機関名: 受診日: 治療内容:  <b>◆40歳以上の方、この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことが</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 受診時期: 指摘事項等:	
これまでに入院や手術を要する病気等にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 医療機関名: 時期: 病名: 治療内容:		
痛いところや症状がある場所を右の絵に○を付けて下さい			医療機関名: 受診日: 治療内容:  <b>◆40歳以上の方、この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診したことが</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 受診時期: 指摘事項等:
現在処方されている薬がありますか？	薬剤名:  投薬期間:	看護師記入欄	
お酒を飲まれますか	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む 毎日・      回/週・月 種類		
喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	看護師サイン(              )	
タバコを吸われますか？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う( 1日    本・          年間)		
アレルギーを起こした事がありますか？	薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:              症状:              ) 食物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:              症状:              ) 金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:              症状:              ) ゴム製品 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:              症状:              ) その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類:              症状:              )		看護師サイン(              )
女性の方へ 現在、妊娠中または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり      妊娠      週 <input type="checkbox"/> 授乳中	看護師サイン(              )	

◆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いたします。改訂 2022.11