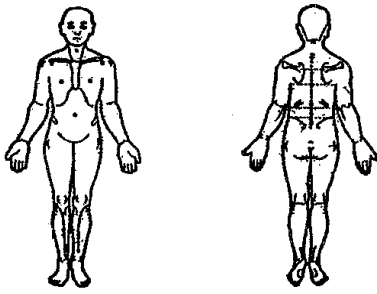


整形外科 問診表

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	◆マイナ保険証による診療情報取得に 同意 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 持っていない ◆他の医療機関からの紹介状 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ◆現在、他の医療機関に通院していま すか <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 ◆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 <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		◆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 <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:	◆骨量を測る検査を希望されますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
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:	看護師記入欄
喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
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:)	
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