

問診表

とばり手の外科・整形外科

フリガナ	(生年月日) 昭・平・令 年 月 日		
氏名	男・女	年齢	歳
ご住所 〒 -	電話番号	(自宅)	
		(携帯)	
	紹介状	あり・なし	

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？(はい・いいえ)
- 1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？(はい・いいえ)

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要

『はい』の方・・・受診時期(年 月) 指摘事項()

1. 本日の症状についてお聞きします。

・症状がある場所に○をつけてください。

・いつ頃からですか？()

から)

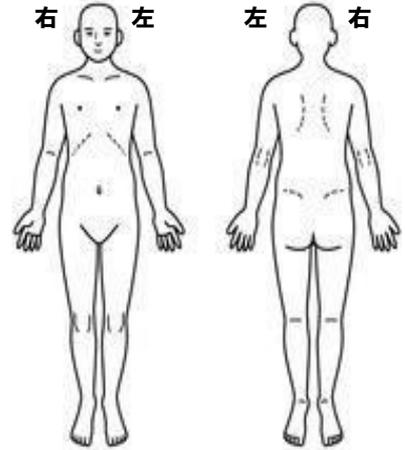
・どのような症状ですか？

痛み しびれ 腫れ 動かない その他()

・原因は何ですか？○をつけてください。

特に原因なし 交通事故 仕事中のケガ 通勤中のケガ 学校でのケガ
 転んだ 切った その他()

右 左 左 右



2. 現在、他の医療機関に通院していますか？(はい・いいえ)

『はい』の方…医療機関名() 病名()

3. 今までかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけてください。

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 リウマチ 痛風 脳梗塞 その他()

4. 現在、何かお薬を飲んでいますか？(はい・いいえ)

お薬手帳をお持ちでない方(お薬の名前:)

5 お薬や食物でアレルギーはありますか？(はい・いいえ)

『はい』の方…お薬の名前() 食べ物()

6. 女性の方にお尋ねします。

・現在、妊娠中ですか？ (はい【 】週目・いいえ)

・授乳中ですか？ (はい・いいえ)

7. 飲酒、喫煙についてお尋ねします。

・飲酒…飲まない・飲む(週【 】日、量【 】ml)

・喫煙…吸わない・吸う(【 】本/日)・禁煙した

8. 当院はどのようにして知りましたか？○をつけてください。

自宅/職場が近く インターネット 看板 家族/知人のご紹介 医療機関のご紹介 バスの音声広告 電柱広告
 その他()