

問診表

外科・整形外科系

ふりがな

名前

性別

男・女

生年月日

年

月

日

年齢

歳

住所 〒

電話番号

携帯番号

○マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（初診時のみ、マイナ保険証を使用する際には同意が必要です）

はい、同意します ・ いいえ、同意しません

○他の医療機関からの紹介状はございますか？

はい（医療機関名 _____） ・ いいえ

○症状はいつ頃からですか？

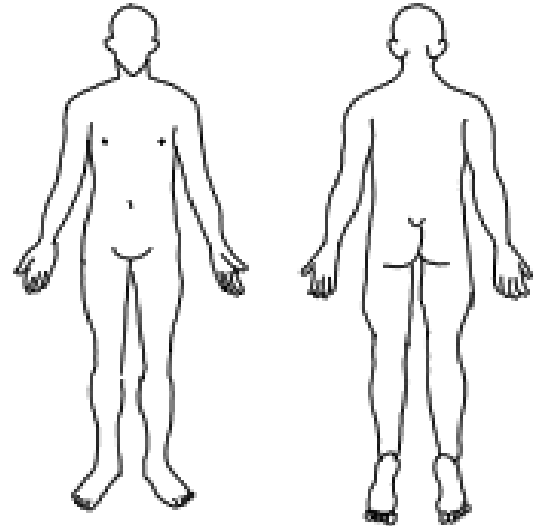
（ _____ ） ごろ前から

○今日はどうなさいましたか？症状と症状のある部位に○（右図）をつけて下さい。

- ・ 痛み ・ しびれ ・ 力がはいらぬ ・ 外傷 ・ 切り傷
- ・ 脱腸（鼠径ヘルニア） ・ 肛門部の症状
- ・ 乳腺 ・ 甲状腺 ・ その他（ _____ ）

以下に該当しますか？

- ・ 労働災害 ・ 交通事故 ・ スポーツ外傷



○現在治療中の病気はありますか？又お薬は飲んでいますか？

いいえ ・ はい（薬剤名 _____）

お薬手帳 ない ・ ある *お薬手帳のある方は薬剤名を省略していただいて結構です。

病院名（ _____ ）

○今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？ ない ・ ある

病名（ _____ ） 手術（ _____ ）

病名（ _____ ） 手術（ _____ ）

○アレルギーはありますか？

薬物 ない ・ ある（薬品名 _____）

食物 ない ・ ある（食物名 _____）

その他のアレルギー（ _____ ）

女性の方のみお答えください

・ 妊娠されていますか？ いいえ ・ 可能性がある ・ はい（ _____ 週目）

・ 授乳中ですか？ いいえ ・ はい

介護保険をお持ちですか？ いいえ ・ はい（次の問いへ）

はいとお答えの方、デイサービスまたはデイケアサービスのご利用はありますか？

いいえ ・ はい