

整形外科問診票

ID: 令和 年 月 日

フリガナ		男	生年月日
氏名		・	大・昭・平・令和 年 月 日 (才)
		女	
住所	〒 -		
電話番号	()		

<p>●どのような症状がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>痺れる <input type="checkbox"/>腫れている</p> <p><input type="checkbox"/>力が入らない <input type="checkbox"/>何かできている</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
<p>●いつ頃から症状がありますか？</p> <p>約 () 日・週間・月・年 前</p>	
<p>●症状のきっかけと思う事がありますか？</p> <p>()</p>	
<p>●上記症状で他病院を受診されましたか？</p> <p>病院名 ()</p> <p>診断 ()</p>	
<p>●過去に病気で入院や手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり () 手術 無・有 (年 病院)</p> <p>() 手術 無・有 (年 病院)</p> <p>() 手術 無・有 (年 病院)</p>	
<p>●現在治療中の病気がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり () ()</p>	
<p>●現在、当院以外から処方され内服している薬がありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p><u>*お薬手帳をお持ちの方はお薬手帳をお出しください</u></p>	
<p>●体内に金属類が入っていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>ペースメーカー、<input type="checkbox"/>冠動脈ステント、<input type="checkbox"/>腸骨ステント、 <input type="checkbox"/>脳動脈クリップ、<input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
<p>●お薬、食べ物にアレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p>	
<p>●介護保険に関して。現在、<input type="checkbox"/>要支援 (1・2)、<input type="checkbox"/>要介護 (1・2・3・4・5)</p> <p>右記のサービスを利用している。<input type="checkbox"/>デイケア <input type="checkbox"/>通所リハ <input type="checkbox"/>訪問リハ・看護</p>	
<p>●女性の方へ</p> <p><input type="checkbox"/>現在妊娠中または可能性がある <input type="checkbox"/>妊娠していない</p>	
<p>●その他、気になる点がございましたらご記載ください</p>	

★ マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されたくない方は、右記にチェックをお願いします。