

整形外科を受診希望の方へ

今後の治療方針にとって大切な情報ですので、できるだけ正確にご記入ください。

問診票（整形外科）

★太枠の中は必ずご記入ください。

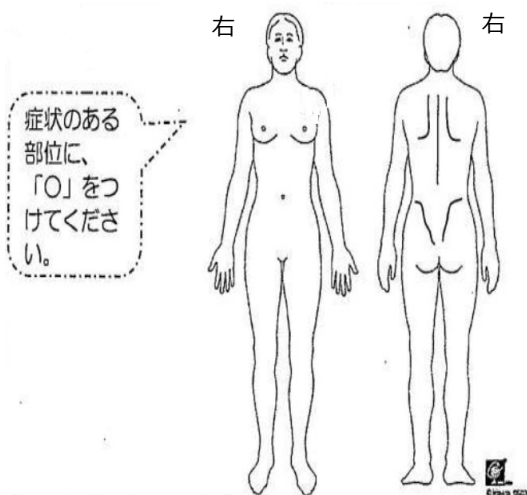
CDR(□あり □なし)

紹介状(□あり □なし)

フリガナ		本日の日付		年	月	日
名前	様	ID (診察券番号)				
		生年月日	年	月	日生	歳
身長	cm	体重	kg	同伴者有無 □一人 □付き添いあり		
歩行状況 □歩ける □杖使用 □車椅子 □ストレッチャー						
診療、治療でのご相談やご協力をして頂ける方 (キーパーソン) はいますか？			□いいえ	□はい	ご関係	
(女性の方のみ) 現在妊娠していますか？			□いいえ	□はい	□可能性がある	
スポーツ歴			ご職業			
オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）による診療情報取得に同意しましたか。 □はい □いいえ □オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）を利用していない						
* 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、オンライン資格確認等システム（マイナ保険証）の利用にご協力をお願いします。						

1 ■いつから

■症状



■思い当たる原因

- ・□転倒 ・□ケガ ・□交通事故 ・□工作中
- ・□その他（具体的に）：

■上記の症状の経過を教えてください。

2 ■今回の症状について、他医療機関で治療歴があればご記入ください。

* 必要に応じて当医療機関と情報共有します。

医療機関名

■治療歴

- ・□お薬 ・□注射 ・□手術 ・□その他(具体的に)

3 ■ 本日の受診の目的を教えてください。

* 医師の診断により、ご希望に添えないこともあります。

- 診察 ・ 精査(レントゲン・MRIなど) ・ 保存療法 ・ 手術療法 ・ その他(具体的に)

4 ■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、
時期と詳細をご記入ください。

- 喘息 (歳頃、 治癒 治療中) ・ 糖尿病 (歳頃、 治癒 治療中)
 脳梗塞 (歳頃、 治癒 治療中)
 狭心症・心筋梗塞・不整脈 (歳頃、 治癒 治療中)
・その他(具体的に) ・(病名 歳頃、 治癒 治療中)
・(病名 歳頃、 治癒 治療中)

5 ■ 現在飲んでいる薬はありますか？

* 診察時に医師にお薬手帳（お持ちの場合）をお見せください。

- なし ・ あり(薬品名)

・血液をさらさらにするお薬は飲んでいませんか？

- なし ・ あり(薬品名)

6 ■ 身体の中に金属は入っていますか？

- なし ・ あり
- 心臓ペースメーカー(MRI撮影可否) ・ 可 ・ 否 ・ 不明
 人工内耳 ・ スtent ・ 整形領域の金属 ・ 婦人科系
 その他

7 ■ アレルギーはありますか？

- なし ・ あり
- 喘息 ・ 鼻炎 ・ 花粉症 ・ アルコール(体内・ 薬剤) ・ ラテックス
 食べ物()
 薬()
 その他()