



(医)社団 百子会

# やまな内科整形外科

## 整形外科問診票

記載年月日： 年 月 日

※他の医療機関からの紹介状がありますか？  いいえ  はい（ご提示ください）

お名前	フリガナ	現住所	自宅電話： - -
	男・女		緊急連絡先
生年月日		大正・昭和・平成・令和	年 月 日

過去1ヶ月以内に県外・海外に行きましたか？  いいえ  はい（いつ： 場所： ）

〃 県外・海外渡航者と接触がありますか？  いいえ  はい（いつ： 場所： ）

輸血（血液製剤）を受けたことがありますか？  いいえ  はい

過去1年間で特定健診又は高齢者健診を受けましたか？  いいえ  はい  わからない

① 本日の症状についてお伺いします。

どのような症状ですか？

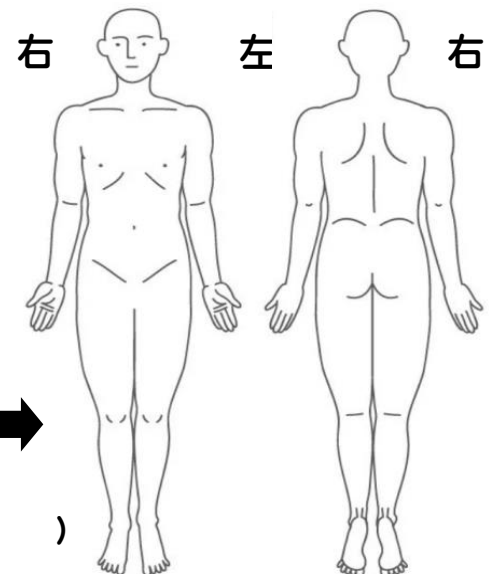
{ }

その症状はいつ頃から始まりましたか？

思い当たる原因はありますか？

{ いつ頃から 原因は？  特になし  工作中（労災）  交通事故 }

症状の箇所を右の図にお示してください



その症状について、他の医療機関を受診されましたか？

いいえ  はい（医療機関名： ）

② 今までに大きな病気や手術をされたことがありますか？ あれば古い順にお書きください。

いいえ  はい（ ） 〈例〉15歳 肺炎

③ 現在、定期的に他の医療機関で治療を受けていますか？

いいえ  はい（病名： 医療機関名： ）

※その医療機関で、お薬の処方があれば、お薬の名称をご記入ください。

{ }

ペースメーカーを装着されていますか？  いいえ  はい  わからない

④ 今までに、薬や食べ物で発疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？

いいえ  はい（薬品名： 食べ物： ）

⑤ 女性の方のみお伺いします。

妊娠中ですか？  いいえ  はい（予定日： 年 月 日）  可能性あり

⑥ その他、何かお困りのことやご希望がありましたらご記入ください。

{ }

当院は診療情報を取得・活用して質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報の取得のため、マイナンバーカードの利用にご協力お願いいたします。

マイナンバーカードによる診療情報の取得については、同意いただけない場合はお申し出ください。