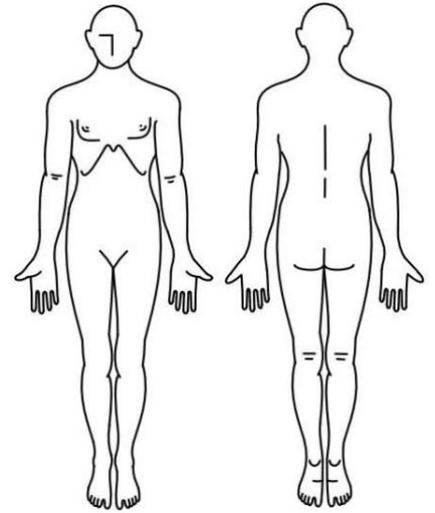


問診票

みのだ整形外科クリニック問診票 記入年月日(令和 年 月 日)

名前	性別	年齢	生年月日
ふりがな	男性・女性	歳	大正・昭和 平成・令和
			年 月 日
住所			職業(職種) 例デスクワーク、営業 etc
〒 -			電話番号 - -

- 紹介状、画像データを持参されていますか？
はい いいえ
- どこにどのような症状がありますか？
痛い しびれる はれている 動きにくい
その他 ()
 症状のある部位はどこですか？ 右図に○をつけてください。
首 背中 腰 肩(右・左) 肘(右・左) 手(右・左)
股関節(右・左) 膝(右・左) 足首・足部(右・左) その他
- いつごろから症状は出てきましたか？けがの場合、いつの受傷ですか？
____年____月____日ごろから
____(日・月・年)前から
____年____月____日に、受傷した
- 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？
交通事故 仕事 通勤中 スポーツ 転倒
その他() 特に原因なし
- 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？
いいえ
はい → 医療機関名： _____
 治療内容：投薬 注射 物療 その他()
 検査：レントゲン MRI その他()
- 現在、治療中の疾患、またはこれまでににかかったご病気、お怪我はございますか？
いいえ
はい → 糖尿病 喘息 高血圧 高脂血症 痛風 脳梗塞 関節リウマチ
心疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈など) 腎臓病 肝臓病 胃/十二指腸潰瘍
悪性疾患(がん) 甲状腺・副甲状腺疾患
その他 疾患名()
- 今までに病気や怪我で手術を受けたことがありますか？
いいえ
はい → 手術名：() 病院名：() 日時：()
- 現在、飲んでいる薬はありますか？(あればお薬手帳を受付でお見せ下さい)
いいえ
はい → 病名：()
薬手帳あり 薬手帳なし→薬名：()



★2枚目(裏面)にもご記入お願いします★

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？
 いいえ
 はい → 薬：() □食べ物：()
10. 現在、何か運動(スポーツ)をしていますか？している場合は内容等についてお聞かせください。
 いいえ
 はい → 運動の種類・内容：()
 運動の目的：□競技として □美容・健康のため □趣味 □クラブ活動
- ※学生の方 → 学校名/学年：()/()年 部活以外 → 所属クラブ名：()
 ポジション：() 顧問・監督の名前：()
11. 最近1カ月以内に海外に行かれたことはありますか？
 いいえ
 はい → 国：() 期間：(~)
12. 【女性の方のみ】現在、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？
 はい いいえ
13. 【女性の方のみ】現在、授乳中ですか？
 はい いいえ
14. 当院へお越しいただいたきっかけをお聞かせください。
 近いから 通りがかり 当院のホームページを見て 前日も受診して
 職員の紹介(名前：) ご家族の紹介(名前：)
 知人の紹介(名前：) 講演会に参加して()
 その他()
15. ご自宅(職場)から当院までの交通手段をお聞かせください。
 徒歩 電車 バス 車 自転車 バイク その他
16. 介護保険についてお聞かせください。
 給付は受けていない
 給付を受けている → 要介護： 1・2・3・4・5 要支援： 1・2
 給付を受けたい、または、受ける予定である 介護保険について話を聞きたい

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら呼びいたしますので、もうしばらくお待ちください。

なお、状況によっては先に検査等にまわっていただく可能性がございますので、ご了承願います。

ご記入いただきましたこの問診票は、診療録(カルテ)と同様に厳正に管理させていただきます。