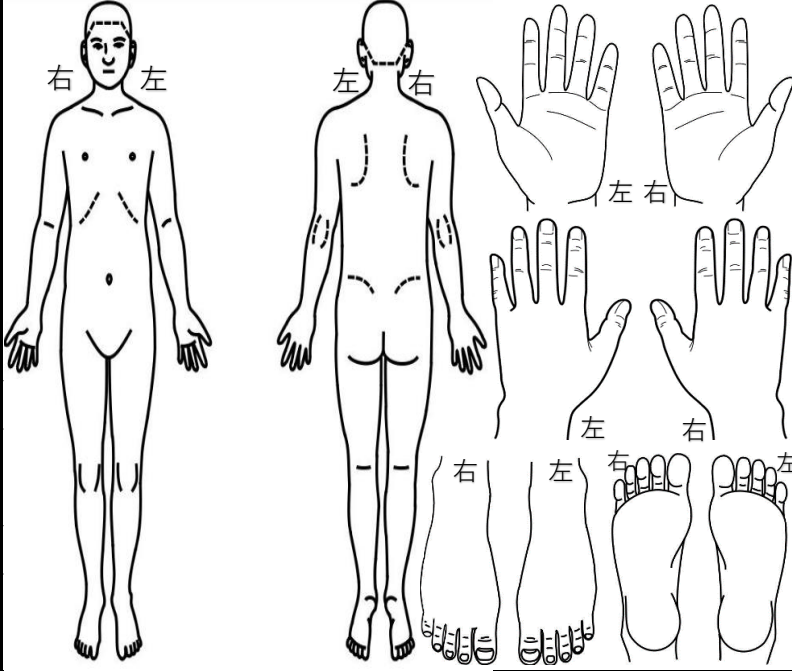


問診票

はやみ整形外科クリニック

ふりがな			生年月日	大正	昭和	平成	令和
名前	男・女			年	月	日	【歳】
郵便番号	〒	-	住所				
連絡先	自宅	-	携帯	-	-	-	-

職業 学生 農業 事務 立ち仕事 力仕事 手仕事 その他()
習慣的にしているスポーツはありますか? ☐いいえ ☐はい()
◎65歳以上の方 → 要介護認定を受けていますか? ☐いいえ ☐はい(要支援 1 2)(要介護 1 2 3 4 5)

いつから症状がありますか?	どのような症状ですか?
() から	<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 動かしにくい <input type="checkbox"/> しこり・腫瘤 <input type="checkbox"/> 違和感 <input type="checkbox"/> 傷がある(出血 あり・なし) <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 音がする <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症(こつそしょうしょう)の検査希望
症状のでたきっかけはありますか?	本日、診察希望の場所に印をつけてください。
<input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 仕事中(外傷 あり・なし) <input type="checkbox"/> 転倒 → 日時() <input type="checkbox"/> 交通事故 → 日時() <input type="checkbox"/> 特に原因なし <input type="checkbox"/> その他 ()	
症状の進み方は?	
<input type="checkbox"/> 急に <input type="checkbox"/> 徐々に <input type="checkbox"/> 良くなったり悪くなったり <input type="checkbox"/> その他()	
今回の症状でどこかで治療を受けましたか?	
<input type="checkbox"/> はい() 病院・接骨院 <input type="checkbox"/> いいえ	

下記で医療機関にかかったことがある、または現在治療している病気はありますか?
☐心臓病 ☐高血圧症 ☐高脂血症 ☐糖尿病 ☐リウマチ ☐肝炎 ☐骨粗鬆症
☐脳梗塞・脳出血 ☐胃炎・胃潰瘍 ☐腎臓病 ☐喘息 ☐その他()
☐ペースメーカー ※手術による金属固定はありますか? ☐はい(部位:) ☐いいえ

現在、なにかお薬を服用していますか? ※お薬手帳お持ちの方は受付にお出してください

☐いいえ ☐はい → 薬内容()

副作用やアレルギーが出たことがありますか?

☐いいえ ☐はい → お薬() 食べ物()

湿布でかぶれたことがありますか?

☐いいえ ☐はい

本日、付き添いの方はいらっしゃいますか? 女性の方へ 当てはまる項目はありますか?

☐いいえ ☐はい 続柄() ☐いいえ ☐妊娠中(か月) ☐授乳中 ☐不妊治療中

～よろしければ当クリニックにお越しいただいたきっかけを教えてください～

☐近いから ☐看板をみて ☐ホームページをみて ☐紹介で(家族・知人・職員)

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。