


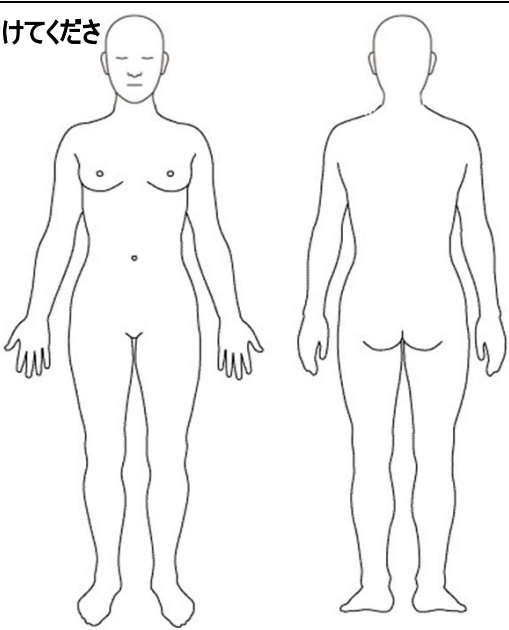
患者No.

整形外科問診票

医院からのお知らせを、希望しない

記入日		平成	年	月	日
ふりがな	性別	男・女	生 年 月 日	大正・昭和・平成	
お名前				年	月
ご住所	〒 連絡のつく電話番号(- -)				
当院を何でお知りになりましたか？		<input type="checkbox"/> 知人の紹介(ご紹介様のお名前 _____ 様) <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場・学校の近くだから <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> その他()			

これからお伺いすることは、より良い診察を行うための大切な内容です。お手数ですが分かる範囲内でお答えください。

該当する可能性がある場合は チェックをしてください	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 学校でのケガ
いつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日初めて <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他 具体的な症状をお書きください <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	痛む場所に○印を付けてください <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>左手 右手</p>  </div> <div style="text-align: center;">  <p>右側 左側 左側 右側</p> </div> </div>
アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい 具体的に: <input type="checkbox"/> アレルギーはない
現在、別の病気で通院されていますか？	<input type="checkbox"/> はい(病名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ
現在服用しているお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい(薬名: _____) <input type="checkbox"/> いいえ ※お薬手帳をお持ちの場合は受付にお渡しください
体内にステントやペースメーカーなど 金属は入っていますか？	<input type="checkbox"/> 入っている 具体的に: <input type="checkbox"/> 入ってない
【女性のみお答えください】現在妊娠 中ですか？可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい(妊娠 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 閉経(歳)

ご記入ご協力ありがとうございました。

承認印

入力印

対応者印