

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

令和 年 月 日

ふりがな

お名前

性別

男・女
生年月日大正・昭和・平成・令和
年 月 日(歳)

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？

知人の紹介(ご紹介様のお名前 _____ 様)
家の近くだから 職場・学校の近くだから
ホームページを見て その他()

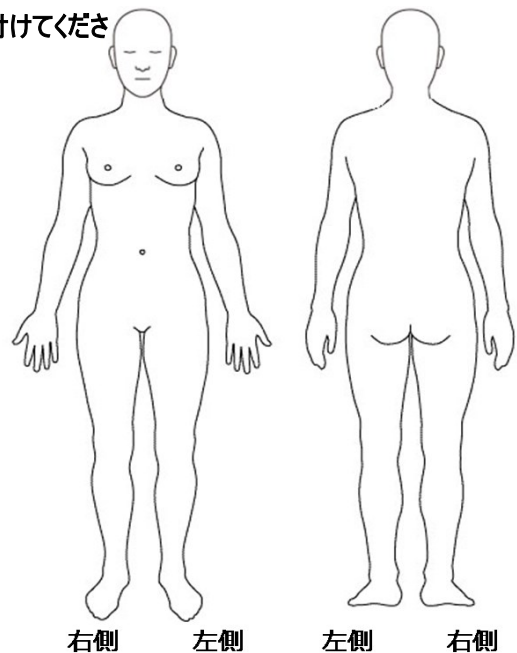
これからお伺いすることは、より良い診察を行うための大切な内容です。お手数ですが分かる範囲内でお答えください。

該当する可能性がある場合は
チェックをしてください交通事故 労働災害 学校でのケガ

いつからですか？

痛む場所に○印を付けてください

-
- 今日初めて
-
-
- () 日前から
-
-
- ずっと前から
-
-
- 時々
-
-
- その他



具体的な症状をお書きください

アレルギーはありますか？

はい 具体的に:
アレルギーはない

現在、別の病気で通院されていますか？

はい(病名: _____) いいえ

現在服用しているお薬はありますか？

はい(薬名: _____) 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？入っている 具体的に:
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？はい(妊娠 月 日)
いいえ 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