
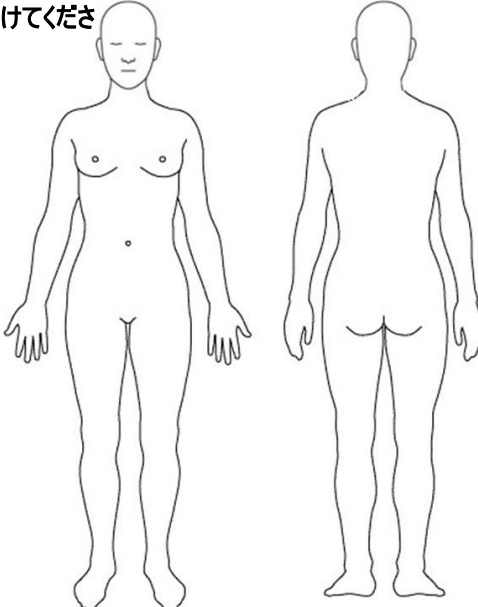



患者No. 整形外科問診票

医院からのお知らせを、 <input type="checkbox"/> 希望しない		記入日	令和 年 月 日
ふりがな		性別	男・女
お名前			
ご住所	〒 電話番号 ()		
連絡先	() ←連絡のつく電話番号をご記入下さい		
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 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>	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 学校でのケガ 痛む場所に○印を付けてください <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 左手 右手  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 左足 右足  </div> <div style="text-align: center;"> 右側 左側 </div> <div style="text-align: center;"> 左側 右側 </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 力月) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 閉経 (歳)

ご記入ありがとうございました。

承認印	会計者印	入力印	対応者印