

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

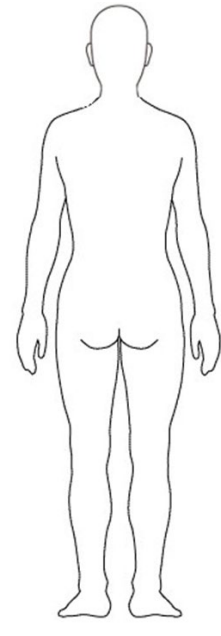
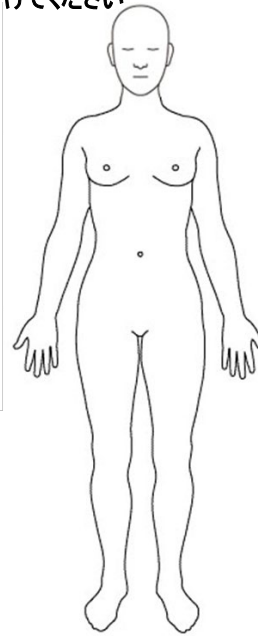
ふりがな		男・女	生年月日	大・昭・平・令・西暦
お名前				年 月 日 ( 歳)
ご住所	〒			
電話番号	(自宅) ( ) (携帯)			
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 知人の紹介(その方のお名前 様) <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 家の近くだから <input type="checkbox"/> 職場・学校が近いから <input type="checkbox"/> その他( )				

①該当する項目はありますか？ 交通事故 労働災害 学校でのケガ

②いつからですか？

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

痛む場所に○印を付けてください



右側 左側 左側 右側

具体的な症状をご記入ください

③アレルギーはありますか？

- はい 具体的に:  ない

④現在、別の病気で通院されていますか？

- はい 病名:  いいえ

⑤現在、服用しているお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの場合は、受付にお渡し下さい

- はい 薬名:  いいえ

⑥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:  入っていない

⑦この一年間で健診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？

- はい 受診時期: 指摘事項:  いいえ

⑧女性の方のみ

- 1) 現在妊娠中ですか？  はい(妊娠 ヶ月)  いいえ  閉経( 歳)  
 2) 現在授乳中ですか？  はい  いいえ

白濱医院は、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。

- 同意します(マイナ保険証を利用します)  同意しません(マイナ保険証は利用しません)

ご記入ありがとうございました。

承認印	会計者印	オン資	入力印	対応者印