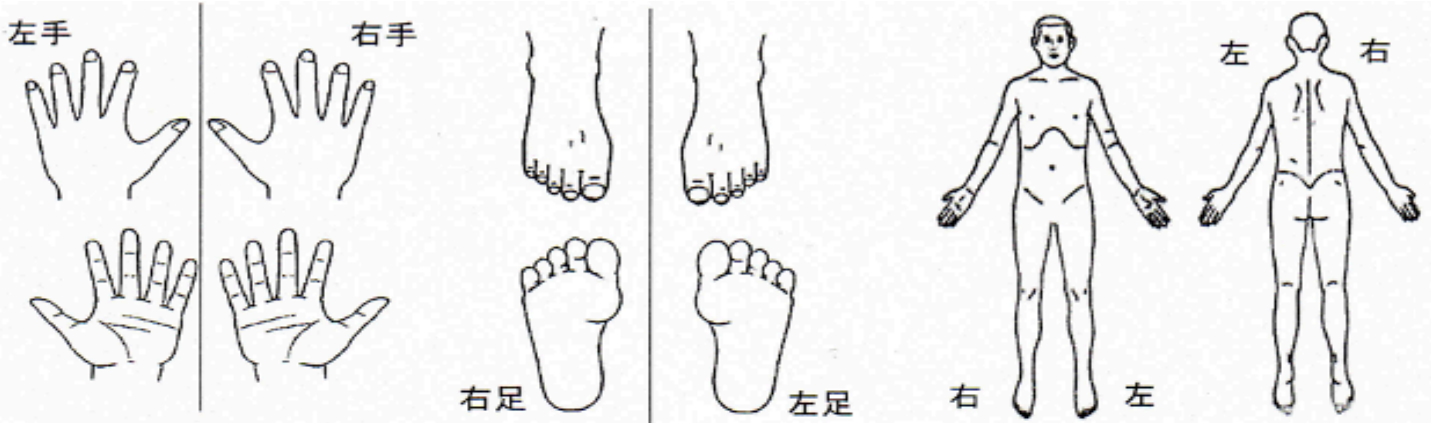


井出整形外科クリニック 問診表

受診日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	※スタッフ記入欄 ID: スキャン <input type="checkbox"/>
ご氏名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)
住所・電話番号	(初診、もしくは前回受診から変更された方はご記入ください。)			
〒	-			
自宅Tel	()	携帯Tel	()	
職業				
スポーツ種目	していない・ している () ※スポーツ名をご記入ください。			

1. どちらの具合が悪いですか？症状のある部位を○で囲んでください。左右をよくご確認ください。
※ 複数箇所ある場合には、お困りの順番を①、②・・・などのご記入ください。



2. どのような症状ですか？ 当てはまる症状に✓をしてください。
痛み しびれ 変形 動きが悪い はれ その他 ()
3. いつ頃から症状がありますか？
 () 日前から () 週間前から () カ月前から () 年前から
4. 具合が悪くなった原因はありますか？
特になし 工作中 通勤、通学または帰宅途中 交通事故 スポーツ中
その他 ()
5. 現在、この症状で治療を受けていますか？または他の病院を受診しましたか？
はい → 医療機関名 () 病名 () いいえ
6. 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
はい → 薬名・食品名 () いいえ
7. 今までにかかったことのある病気、または治療中のご病気があれば✓をしてください。
高血圧 糖尿病 胃潰瘍 肝臓病 腎臓病 心臓病 脳梗塞・出血
喘息 前立腺肥大 緑内障 ペースメーカー装着 その他 ()
 内服薬 () ※抗凝固薬の内服 あり なし
8. 今までに大きな手術を受けたことがありますか？
はい → 病名 () 医療機関名 () いいえ

9. 女性の方のみお答えください
- ・ 現在、妊娠中ですか？ はい (現在 カ月) いいえ
 - ・ 妊娠の可能性ありますか？ はい いいえ
 - ・ 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

※ 他院での検査データ (CDなど) がある方は受付にご提出ください。

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おります。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致します。尚、記載いただいた個人情報には診察目的のみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。ご協力ありがとうございました。