

整形外科 問診票

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

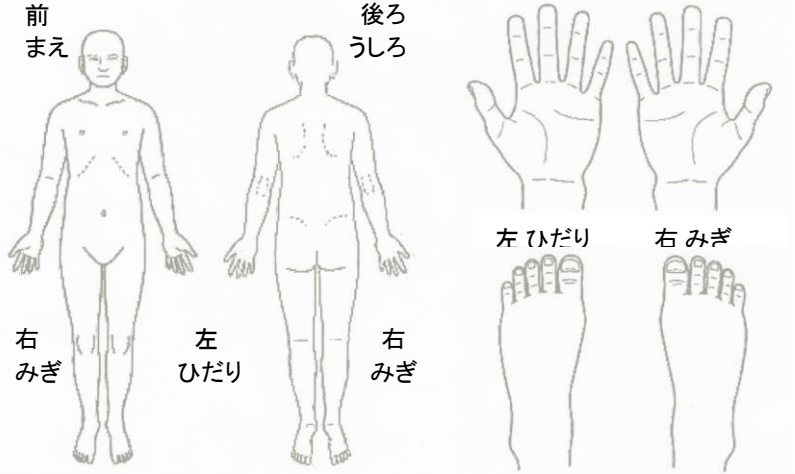
お名前 _____ 様 男 ・ 女 _____ 年齢 _____ 歳

1. どのような症状ですか？あてはまる症状や、からだの部分に○をつけてください。

症状や原因など

痛み ・ しびれ ・ 腫れ
ぶつけた ・ ひねった

その他 記入欄



2. その症状はいつからですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から

具体的に→ _____

3. その症状で他の病院などにかかったことがありますか？

ない ・ ある→ _____

4. 現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか？

ない ・ ある→ _____

5. 現在、服用中のお薬などはありますか？

ない ・ ある→ _____

7. **女性の方**：妊娠、またはその可能性はありますか？

ない ・ ある→ _____

8. その他、何かありましたらご記入ください。

[_____]

※他院で処方されたお薬、その説明書、お薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出しください。

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。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時） 加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）