

整形外科外来 問診表 **新患・再来初**

【事務記入欄】 日付: 年 月 日 ID 【物指示箋】 有・無

フリガナ	男・女	身長/体重	cm/ kg
氏名	様(歳)	お電話	
		携帯	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	介護保険	なし/申請中/支 1・2/介1・2・3・4・5
ご住所	〒		
お勤めの方	事務職・営業職・サービス業・専業主婦・その他() 主に立ち仕事・主に座り仕事・肉体労働・歩くことが多い		
学生の方	(学校名) 大・高・中・小 (部活:) (習い事:)		

※診察を希望する場所に○印をつけてください

【1】 いつから症状が出てきましたか(直近で)

※ケガの場合は受傷日を必ずご記入ください

年 月 日 [2~3日前・1週間前・1か月前]

【2】 症状が出たきっかけ、原因はなんですか(どこでどうしましたか)

()
原因不明 労災(工作中・通勤中)交通事故 [警察用診断書 要・不]

【3】 現在どのような症状がありますか

痛み しびれ 腫れている 熱感がある 内出血 傷がある

()

【4】 今回の症状が出てから当院に来院するまでに他の医療機関

整骨院を受診または治療しましたか。

いいえ ・ はい⇒ [医療機関名]
[診断名]

何をしましたか?⇒お薬・注射・レントゲン・CT・MRI・リハビリ【最終受診月: 年 月 日】

【5】 次の疾患で現在治療を受けている、または過去に治療を受けたことがありますか?

[なし・喘息・高血圧・糖尿病・腫瘍・心臓疾患・不整脈・脳血管疾患・胃十二指腸潰瘍・肝炎・てんかん]
病名 []

【6】 体内に金属はありますか?

[ない・ある(手術のクリップ・人工骨頭や関節・プレート・ペースメーカー・ステント・その他)]

【7】 薬のアレルギーがあったり、皮膚がかぶれ易かったりしますか?

[ない・ある(薬品名:)]

【8】 現在服用しているお薬はありますか? お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください。

[ない・ある(薬品名:)]

【9】 現在妊娠していますか? [いいえ・はい・可能性あり] または授乳中ですか? [いいえ・はい]

【10】 歯の治療などで麻酔をかけたことがありますか?

[はい・いいえ・わからない・麻酔が体に合わないと言われたことがある]

【11】 本院(北柏すごう整形外科)を何で知りましたか?

[知人の紹介・他院からの紹介・ホームページ・電話帳・その他]

【12】 連絡を取りたい場合、上記の連絡先にお電話を差し上げてもよろしいですか?

[はい・いいえ(希望連絡先:)]

【13】 2週間以内に新型コロナウイルス陽性(疑いを含む)の方と濃厚接触がありましたか? [はい・いいえ]

