

ID 番号:

整形外科 問診票 記入日 20 年 月 日

名前: 身長: cm 体重: kg 年齢: 歳

職業: 仕事内容: 利き手: 右 / 左

学校名: 学年: 年

部活やスポーツ: (野球の方) 右/左投げ 右/左打ち 守備: チーム名:

① 現在治療中、または過去に下記の病気をされたことはありますか? はい / いいえ

はいの方は当てはまるものに○をつけて下さい

- ・ 悪性腫瘍 ( )
- ・ 喘息 (治癒 ・ 治療中) (小児喘息 年前まで)
- ・ 薬で蕁麻疹 (薬品名 ) ・ 薬以外のアレルギー ( )
- ・ 胃潰瘍 (治癒 年前 ・ 治療中)
- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ リウマチ ・ 脳梗塞、脳出血
- ・ 心臓疾患 ・ ペースメーカー ・ 腎臓病 ・ 肝臓疾患 ・ 胃潰瘍
- ・ 婦人科 ・ 骨折 (部位: ) ・ その他 ( )

② 感染性疾患 ( 肝炎・結核・血液感染症等 ) はありますか? はい / いいえ

- ・ 肝炎 ( 型) ・ 結核 ・ その他 ( )

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか? はい / いいえ

お薬手帳や、薬局での薬の説明書をお持ちであれば提出してください

お薬手帳などをお持ちでない方はご記入ください・薬の名前 ( )

④ 今までに手術を受けたことがありますか? はい / いいえ

はいと答えた方は以下の質問にお答え下さい。

疾患名: 病院名: 年齢: 歳

実施日 ( 年 月 日)

疾患名: 病院名: 年齢: 歳

実施日 ( 年 月 日)

⑤ 1年以内に健康診断 (特定健診または高齢者健診) を受けていますか? 受けている / 受けていない ( ) 年以上

⑥ 介護保険の認定を受けていますか? 要支援 / 要介護 (1・2・3・4・5) / いいえ

⑦ 妊娠の可能性はありますか? 妊娠中 ( 週目) / 授乳中 / いいえ

※現在、授乳中・妊娠中・妊娠の可能性のある方は必ず申し出てください。

⑧ 喫煙歴 ある / なし

⑨ マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? はい / いいえ

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)

裏面へ続きます

⑩ 痛み(症状)の部位を右の人体図に斜線  を記入してください。

⑪ いつから痛み(症状)がありますか? 例) 昨日、3日前、1週間前、○月○日

( )

⑫ 痛み(症状)が出た原因について ある / ない / わからない

あると答えた方は具体的な原因を書いてください。

( )

⑬ 痛み(症状)とともに全身の発熱はありますか? はい / いいえ

⑭ 夜間、就寝中に安静にしていともうずいて目覚める事がありますか?

はい ( 毎晩 ・ 時々 ) / いいえ

⑮ どのような動作で痛み(症状)が出ますか?

( )

⑯ 運動について

痛みで運動はできない / 痛みはあるが運動している / 普段から運動はしていない

⑰ 痛み(症状)が出てから、当院の診療までに他の医療機関を受診された方はご記入ください。

- ・ 病院名 : ( ) 整形外科 / 外科 / その他 ( )
- ・ 初診日 : ( 年 月 日 ) ・ 最終受診日 ( 年 月 日 )
- ・ 診断名 : ( )
- ・ 検査 : レントゲン / MRI / CT / 血液検査 / その他 ( )
- ・ 飲み薬 : なし / あり 薬の名前 ( ) / 不明
- ・ 処置 : 注射 / 電気治療 / 牽引 / マッサージ / 固定 ( ギプス・装具・その他 )  
その他の処置 ( )

⑱ ご希望される治療方法があればご記入ください。 お薬 / 注射 / リハビリ / おまかせ

( )

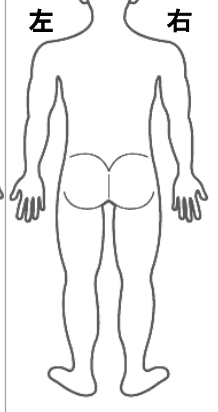
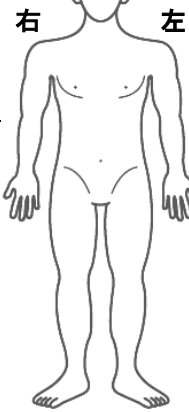
左手

右手



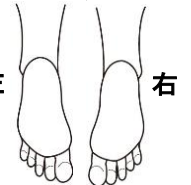
前面

背面



足表

足裏



ご協力ありがとうございました。



整形外科・内科・リハビリテーション科・スポーツ整形

よしおかクリニック 院長: 吉岡直樹