

お名前
(カタカナ)

ID :

 エントリー済み

整形外科 問診票

* 診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

* 40歳以上の方で介護保険被保険者証お持ちの方は診療に
より使用する
為必ず受付に提示をお願い致します。

1.いつからどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

いつからですか。 から

症状の原因は何ですか。 交通事故 工作中・通勤中のケガ 不明その他()

どのような症状ですか。具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。

◆ 本日の体温 (. °C)

◆ 本日より5日間以内に

① 37.5°C以上の発熱は出ていないですか。 はい ・ いいえ

② コロナウイルス各種検査を受けていますか。 はい ・ いいえ

(上記②の質問で「はい」の方)

検査方法: 抗原 ・ PCR 結果: 陰性 ・ 陽性 診断日: R . .

2.今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名: 症状:

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ はい → :

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい → : お薬手帳 あり なし

ここからは成人の方のみご回答下さい

5.喫煙歴について 喫煙はしない 喫煙をしている。(1日 本 年間くらい) 以前喫煙をしていた。(1日 本 年間くらい) 飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に 回くらい)

7.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。

令和5年5月8日