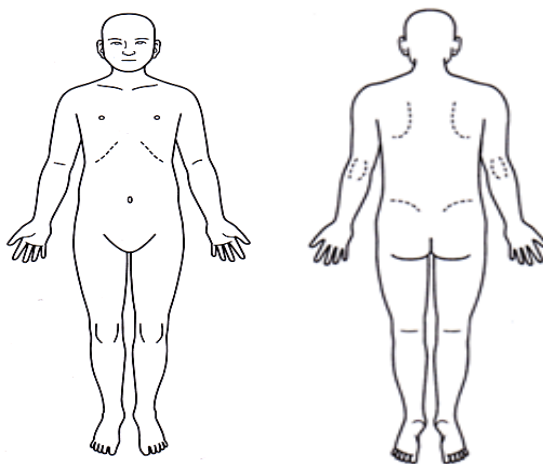


# 整形外科 問診票

記入日： 年 月 日

氏名				才	男・女	職業
身長	cm	体重	kg			

- ① 今日はどうされましたか  
いつからどのような症状(状態)ですか



どのようなきっかけで起こりましたか  
転倒 交通事故 労災事故 不明  
その他( )

この症状で他の医療機関を受診されましたか ( はい・いいえ )  
紹介状はお持ちですか ( はい・いいえ )  
病名は何と言われましたか ( )

- ② 現在治療中または今までにかかった病気はありますか ( はい・いいえ )  
高血圧 心臓病 糖尿病 高脂血症 腎臓病 脳血管疾患 喘息  
肝臓病 胃・十二指腸潰瘍 腸疾患 前立腺肥大 婦人科疾患  
その他( )

何かお薬を飲まれていますか※ ( はい・いいえ )  
お薬名( ) お薬手帳をお出してください

- ③ 手術を受けたことがありますか ( はい・いいえ )  
\_\_\_\_\_歳の時 どんな手術ですか( )

- ④ アレルギーはありますか ( はい・いいえ )  
薬品( ) 食物( )  
その他(金属製品・ラテックスなど)

- ⑤ この1年間で健診を受診しましたか※ ( はい・いいえ ) 指摘事項( )

- ⑥ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか ( はい・いいえ )

⑦ 女性の方

妊娠の可能性はありますか ( はい 週目・いいえ・わからない )  
授乳中ですか ( はい・いいえ )

ご記入頂きました情報は診療に必要な範囲でのみ使用し当該目的以外には使用いたしません

※マイナ保険証の情報取得に同意した場合、記載は省略可能です。

阪南市民病院 整形外科

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。