【整形外科外来 問診票】　受診日　20　年　月　日

氏名　　様　歳（男・女）　身長　cm 体重　kg

職業（　　）　学生・学校名（　　）

・マイナンバーで受診希望ですか □はい マイナ保険証による診療情報の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。

**1．いつ頃からどのような症状でお困りですか（　年　月　日頃から）**

**・どのような症状ですか？**

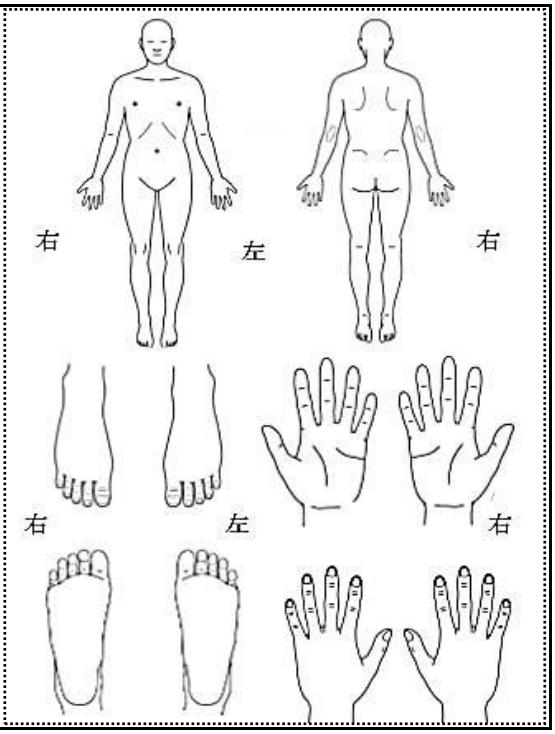
（　　）

**・症状のある部位を右の図に○印をつけて下さい**

**・症状が出たきっかけ、原因は何ですか**

□仕事中　□交通事故 □原因不明 □スポーツ中

□その他　（　　）




**2．スポーツ歴　年（種目　　）**

**3．問診1の症状で検査や治療を受けたことがありますか**

□いいえ　□はい いつ頃ですか（　　）

病院・医院名（　　紹介状　有・無）

病名　（　　画像　有・無）

治療法　（　　固定　有・無）

**4．現在、医師の治療を受けている病気、服用中のお薬はありますか**　□はい　□いいえ

□心臓病　□高血圧　□糖尿病　□喘息　□脳疾患 □その他（　　）

（**お薬手帳**　有）・（　無・忘れた 服薬中の薬名：　　）

5．**ホルモン治療（月経調整など）で服用中のお薬はありますか**　□はい　□いいえ

**6．この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診されましたか**　□はい　□いいえ

（指摘された内容：　　）

**7．過去に麻酔や手術を受けられた事がありますか**　□はい　□いいえ

（何歳ごろ　手術名　病院名　　）

麻酔で異常がありましたか（　　）　□はい　□いいえ

**8．体内に金属（人工関節・人工骨頭など）や、ペースメーカーが入っていますか**

（何歳ごろ　手術名　病院名　　）　□はい　□いいえ

**9．今までに薬（注射・飲み薬・塗り薬・湿布・アルコール綿など）や食べ物、ゴム手袋、金属でアレルギー症状（発疹やかぶれ、気分不快）を起こした事がありますか**　□はい　□いいえ

薬品名（　　）

**10．喫煙されていますか**　□過去喫煙歴あり　□はい　□いいえ

（1日　本 ×　年）（　才 ～　才・現在）

**11．宗教などの理由により手術時もしくは緊急時等に輸血することを拒否しますか**　□はい　□いいえ

**12．女性の方のみお答え下さい**　妊娠中ですか　□可能性がある　□はい　□いいえ

授乳中ですか　□はい　□いいえ