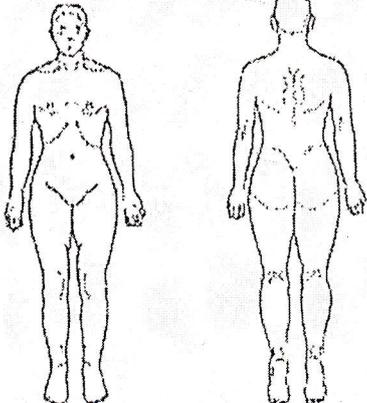


整形外科・リハビリ科 問診表

診察日 年 月 日

ふりがな お名前		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
ご住所	〒		体温 ℃
電話番号	携帯 (- -)	自宅 (- -)	

どうなさいましたか? (右図に○印で示してください)	痛み 腫れ 感覚が鈍い しこり しびれ 動かない 違和感がある 骨粗しょう症が気になる その他 ()	
それはいつからですか?	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ___日前 <input type="checkbox"/> ___週間前 <input type="checkbox"/> ___ヶ月前 <input type="checkbox"/> ___年前 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃	
考えられるきっかけは何ですか	工作中・通勤中のけが 労災 (する / しない / 未定) スポーツ・ジム等 () その他 () わからない	
※交通事故の場合	事故発生時刻: 年 月 日 時 分頃	
この症状で他院を受診しましたか	いいえ はい 病院・医院名 ()	
今までにかかった病気や手術、 現在治療している疾患はありますか	なし 高血圧 心臓病 糖尿病 コレステロール血症 胃潰瘍 胃炎 アトピー 緑内障 喘息 排尿障害 (前立腺肥大など) その他 ()	
現在飲んでいる薬はありますか	いいえ はい (薬名) (病院名)	
体に合わない薬はありますか	いいえ はい 薬の名前か種類 ()	
(女性の方のみお尋ねします) 妊娠・授乳はされてますか	<input type="checkbox"/> 現在のところ可能性はない <input type="checkbox"/> 可能性はある <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中	
当院は症状改善のため、 必要があればリハビリテーションを 推奨していますが希望されますか	<input type="checkbox"/> する——10分程度で <input type="checkbox"/> しない 10-20分程度で 20-30分程度で 特に時間にこだわらない	
当院をどこでお知りになりましたか? (よろしければご協力お願いします)	通りかかり ホームページ 知人に聞いて Google その他	

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。
 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか? (はい / いいえ)
 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)