

問診票

社会医療法人 ONE FLAG 守口グローバル整形外科

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (才)
フリガナ			
ご住所	(〒 -)		
電話番号	() - ※ 普段連絡がつく番号をお書きください。 (できるだけ携帯電話のご記入をお願い致します。)		

※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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願い致します。

1、マイナンバーカード健康保険証による診療情報取得について

同意する 同意しない

2、本日、紹介状・フィルム・画像CDを持参されていますか？

はい いいえ

3、今日はどんな症状で来られましたか？

【痛み・しびれ】→右の絵に印をつけて下さい

【その他】()

その症状はいつからですか？(年 月 日から)

4、その症状に至った原因は何ですか？

交通事故 (事故日 年 月 日)

仕事中のけが (受傷日 年 月 日)

スポーツ中のけが 転倒 原因不明

その他 ()

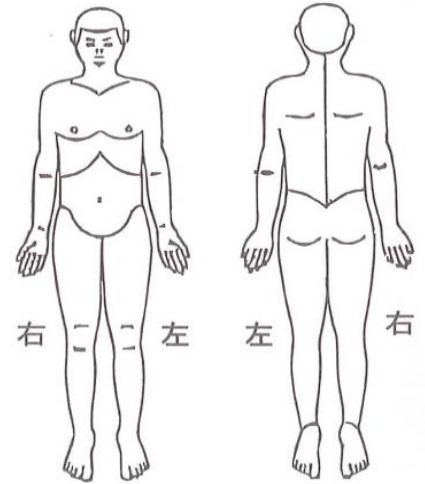
5、今までに下記の病気にかかった事がありますか？

いいえ

はい → 喘息 心臓病 高血圧 腎臓病
 肝臓病 糖尿病 血液の病気 がん
 その他 ()

前

後



痛い所に○をつけて下さい

手術歴があれば記入してください

いいえ

はい → 手術日 (年) 手術名 () 病院名 ()
 手術日 (年) 手術名 () 病院名 ()

6、今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

いいえ

はい → 医療機関名 () 治療内容： 投薬 注射 リハビリ 検査内容： レントゲン CT MRI
 その他 () その他 ()

7、薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ

はい → 薬剤名 () 症状 ()

< 裏面もご記入下さい >

8、現在内服中の薬はありますか？

いいえ

はい → お薬手帳 あり → 本日持参なし

なし

薬剤名 () 病名 ()

9、アレルギー体質といわれたことがありますか。

いいえ

はい → アトピー性皮膚炎 食物アレルギー 金属 ラテックス

その他 ()

※女性の方へ

1、妊娠の可能性ありますか？

はい

いいえ

妊娠中 (週)

2、授乳中ですか？

はい

いいえ