

問診票

社会医療法人 ONE FLAG 守口グローバル整形外科

ID	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。

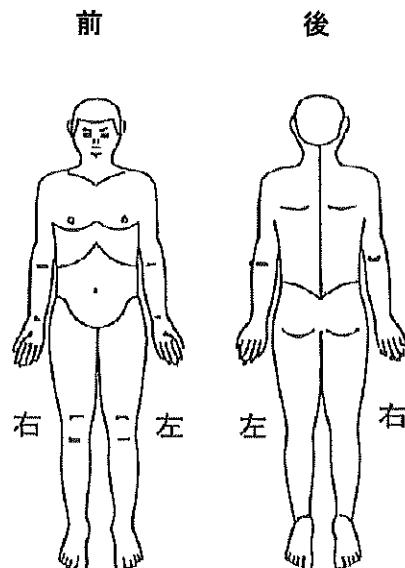
正確な情報を取り得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願い致します。

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 ()

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
 その他 ()

検査内容: レントゲン CT MRI
 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 → 口本日持参なし
なし
薬剤名（ ）

）

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（ ）

10、※女性の方へ

妊娠の可能性がありますか？

- はい いいえ 妊娠中（ 週）

授乳中ですか？

- はい いいえ

11、骨粗鬆症の検査を希望されますか？ ※女性 40 歳、男性 50 歳以上の方が対象です

- はい いいえ

※「はい」にチェックされた方へ

骨粗鬆症の治療はされた事がありますか？

- いいえ 他院にて現在治療中 他院にて過去に治療をしていた

12、当院をどのようにお知りになりましたか？

- 紹介（病院名 ） 知人より紹介
当院ホームページ インターネット
広告・看板 イオンタウン内で知った
その他（ ）

ご記入出来ましたら、受付にご提出下さい。ご協力ありがとうございました。