

問診票

社会医療法人 ONE FLAG 守口グローバル整形外科

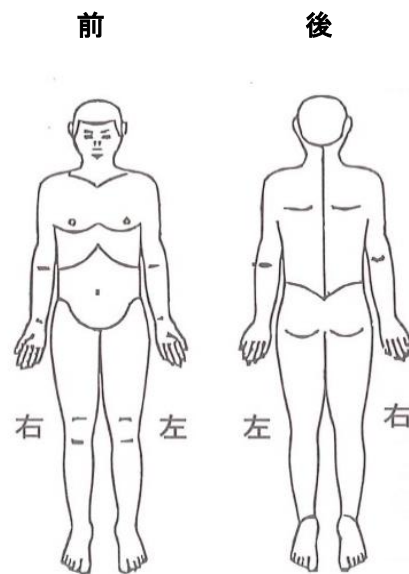
ID			年 月 日
フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (才)
フリガナ			
ご住所	(〒 -)		
電話番号	() -	※ 普段連絡がつく番号をお書きください。 (できるだけ携帯電話のご記入をお願い致します。)	

※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 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 ()

10、※女性の方へ

妊娠の可能性ありますか？

はい いいえ 妊娠中 (週)

授乳中ですか？

はい いいえ

11、今回の病状に対してMRI検査を希望されますか？

はい いいえ 相談して決めたい

12、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

13、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 当院Instagram 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。