

問診票

おおさかグローバル整形外科病院

年 月 日

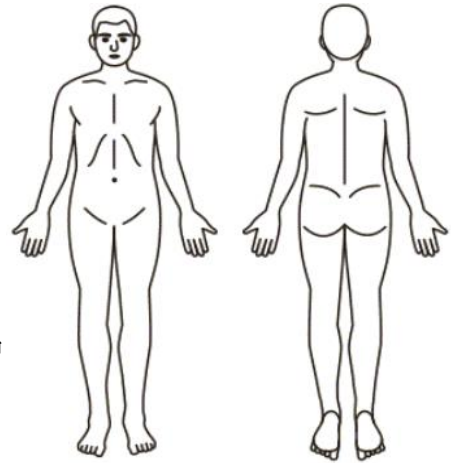
フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (才)
フリガナ			
ご住所	(〒 -)		
電話番号	※普段連絡がつく番号をお書き下さい (できるだけ携帯電話のご記入をお願いします)		
緊急連絡先 電話番号	①	- -	(氏名) (続柄)
	②	- -	(氏名) (続柄)

* 当院は、骨や関節の治療(手術、入院)に特化した整形外科専門病院です。
 医師が病状安定と判断したら、お住まいの近くにあるクリニックをご紹介します。
 当院の診療体制(方針)についてご理解いただけましたか? はい いいえ

* マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? はい いいえ
 (同意された場合は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は 4 の内服について記載は不要です)

* 本日、他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? はい いいえ

1. 今日はどのような症状で来院されましたか?
痛み しびれ 動かしにくい 腫れている
傷がある その他()
 ※ 症状がある部位を、右の絵に示してください。 →→→→→



2. その症状はいつからですか? (年 月 日)

3. その症状に至った原因はありますか?
転倒 スポーツ() 交通事故 工作中
原因不明 その他()

4. 現在、内服している薬はありますか? はい いいえ

* 薬品名()

* 本日お薬手帳はお持ちですか? はい いいえ

* サプリメントを服用していますか? はい いいえ

* 商品名()

5. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか?
 発症年齢・病名・治療内容・かかりつけ医を記入して下さい (整形外科以外もお書きください)

例：50歳 心筋梗塞 ステント ○○病院 / 55歳 骨粗鬆症 内服中 △△病院

- あり (歳) () (病院)
なし (歳) () (病院)
 (歳) () (病院)
 (歳) () (病院)
 (歳) () (病院)

* 手術歴があれば下記にご記入ください

- あり (歳) () (病院)
なし (歳) () (病院)
 (歳) () (病院)
 (歳) () (病院)

6. 2週間以内に海外へ渡航したり、滞在したことがありますか？ はい いいえ
また、そのような方と濃厚接触されたことはありますか？ はい いいえ

7. 新型コロナウイルス感染症についてお尋ねします
直近2週間以内に

- ① 周り(同居家族や職場など)に感染した方や濃厚接触者はいましたか？ はい いいえ
② 発熱・咳・痰・等、風邪症状はありましたか？ はい いいえ
③ 味覚障害や嗅覚障害はありましたか？ はい いいえ
④ コロナウイルスに感染したことはありましたか？ はい いいえ

現在の体温

()°C

枠内は職員で記入します。
体温計と一緒に、
問診票をご返却ください。

8. コロナワクチン接種を受けられましたか？ はい いいえ

1回目(令和 年 月 日) ワクチン名：
2回目(令和 年 月 日) ワクチン名：
3回目(令和 年 月 日) ワクチン名：
4回目(令和 年 月 日) ワクチン名：
5回目(令和 年 月 日) ワクチン名：

9. コロナワクチン以外のワクチン接種を受けられましたか？ はい いいえ

(令和 年 月 日) ワクチン名：
(令和 年 月 日) ワクチン名：

10. 以下のもので、アレルギー症状が出たことはありますか？

薬 剤：なし あり(薬剤名：) 症状：)
食 物：なし あり(食べ物：) 症状：)
その他：()

11. 最近の身長・体重を記入して下さい(身長： cm 体重： kg)

12. 女性の方へお尋ねします

産婦人科へ通院されている方、直近1ヶ月の間にピル剤・更年期障害の治療を受けられましたか？
いいえ はい 薬剤名()

現在、妊娠されていますか？ はい いいえ

妊娠されている方、レントゲンが必要な場合は撮影されますか？
はい いいえ 相談したい

授乳中ですか？ はい いいえ

ありがとうございました。