

# 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<br>(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 | ①      | -   | -                                           | (氏名) (続柄) |
| 電話番号  | 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。

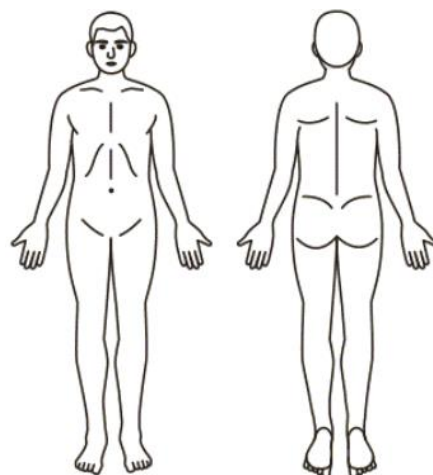
当院の診療体制(方針)についてご理解いただけましたか？ ☐はい ☐いいえ

\* 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 )

ウラ面へ続く

6. 新型コロナウイルス感染症についてお尋ねします

1) 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

2) いままでにコロナウイルスに感染したことはありましたか？

☐はい (令和 年 月) ☐いいえ

7. コロナワクチン接種を受けられましたか？

☐はい ☐いいえ

一番最後に接種されたのはいつですか？

( )回目 (令和 年 月 日)

8. 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：

9. 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：(

)

10. 最近の身長・体重を記入して下さい (身長：

cm 体重： kg)

11. 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

現在の体温

( )℃

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。

ありがとうございました。