

問 診 票

おおさかグローバル整形外科病院

年 月 日

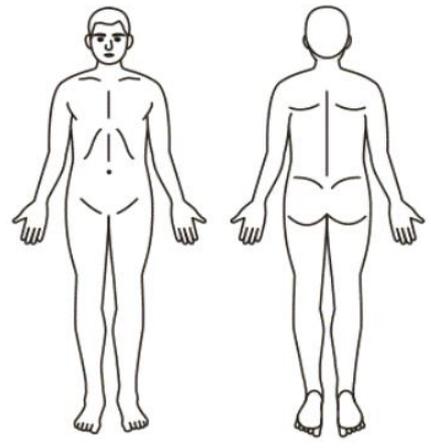
フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (才)
フリガナ			
ご住所	(〒 -)		
電話番号	-	-	※普段連絡がつく番号をお書き下さい (できるだけ携帯電話のご記入をお願いします)
緊急連絡先 電話番号	①	-	(氏名) (続柄)
	②	-	(氏名) (続柄)

**当院は、大阪府より『紹介受診重点医療機関』と指定を受けた病院です。
主に手術が必要な方に対して治療を行う整形外科専門病院のため
病状が安定したと判断されると他のクリニックなどへご紹介させていただきます。**

* 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)



