

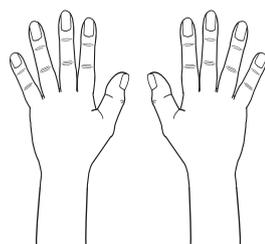
# 問 診 票

より良い診察を行うためにできるだけ詳しくご記入ください。本目的以外に利用致しません。

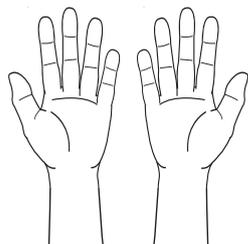
千葉子どもとおとなの整形外科

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	年	月	日生( )才
名前		学校名	職業	業務内容	
現住所	〒 -		連絡先：電話番号 (続 柄)		
			①	-	- ( )
身長	cm	体重	kg	体温	°C
			②	-	- ( )

1. 今日どの部位について診察をご希望ですか？○を付けてください。



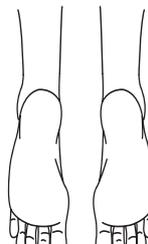
左 右



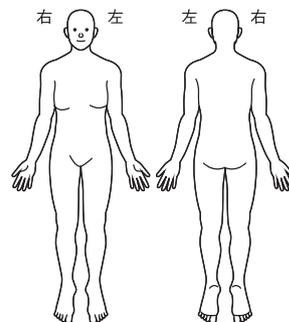
左 右



左 右



左 右



2. どのような症状ですか？

痛み [ 急に 徐々に ] しびれ 腫れ キズ [ 出血：あり なし ] その他 [ ]

3. いつからですか？

今日  [ 月 日 ]  [ 日前 ]  [ 週間前 ]  [ ヶ月前 ]  [ 年前 ] 不明

4. 思い当たる原因はありますか？

日々の積み重ね 外傷 [ 受傷日： ] スポーツ [ ]

学校・幼稚園・保育園・通学通園中 [ 学校保険使用：なし あり 会計時に相談 ]

交通事故 [ 事故日： ] 仕事・通勤中(労災使用) [ 受傷日： ] その他 不明

★症状や状況を詳しくご記入ください。

5. 今回の症状に対して他の医療機関(整骨院も含む)にかかりましたか？

いいえ はい → [ 医療機関名： 紹介状：なし あり・画像データ：なし あり ]

★受診医療機関が、みどりのは葉記念病院・ちはら台整形外科の方はIDをご記入ください。ID： [ ]

6. 特に希望される項目はありますか？(医師の判断によりご希望に添えない場合もあります)

いいえ はい → [ MRI リハビリテーション その他： ]

7. 手術を受けたり、骨折をしたことがありますか？

いいえ はい → [ 手術 (病名)： (病院名)： (年齢)： 歳頃 ]  
骨折 (部位)：

8. 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

いいえ はい → [ 糖尿病 高血圧 高脂血症 心疾患 胃腸疾患 肝疾患 腎疾患 その他： ]

9. 使用している薬はありますか？

いいえ はい → 薬手帳 あり → 診察時ご提示ください(記入不要)

なし・忘れ [ 薬の名前または種類： ]

10. 薬や注射、麻酔でアレルギー症状を起こした事がありますか？

いいえ はい → [ 種類： 症状： ]

11. 女性の方 妊娠していない 妊娠の可能性あり 妊娠中 [ 週 ] 授乳中

◆当院はマイナ保険証や問診票を通して診療情報を取得・活用し、より良い医療の提供に努める医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。正確な情報を取得・活用のためにマイナ保険証利用にご協力をお願い致します。