

フリカ ナ 氏 名			性 別		
			男 ・ 女		
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和		年	月	日 (歳)
住 所	〒		電話(- -) 携帯(- -)		
通 勤 ・ 通 学	車 ・ 電車 ・ 自転車 ・ 徒歩(分)		学生・・・小 ・ 中 ・ 高 ・ 大 ・ 専門 (学年 年生)		

1.右の絵で診察を希望される場所に○をつけてください

2.どのような症状がありますか？

痛い しびれ 動きが悪い はれ 変形 その他()

3.その症状はいつ頃からですか？

本日 昨日 月 日より 2~3日前 1週間前 その他()

4.思い当たる原因はありますか？

転んだ 落ちた ひねった ぶつけた 重いものを持った
スポーツ 仕事中 その他() 不明

5.現在のお仕事を教えてください？(職業:)

立ち仕事 座り仕事 重いものを持つ 運転 膝の屈伸が多い
階段の昇降が多い 中腰作業が多い 主婦 その他()

6.スポーツはしていますか？

はい (スポーツの種類:) いいえ
(週 ・ 月 日程度/1日あたり 時間程度)
(継続年数 年)

7.現在、治療中の病気はありますか？

はい 高血圧 高脂血症 脳梗塞 脳出血 糖尿病 いいえ
胃・十二指腸潰瘍 心臓病 腎臓病 肝炎(B・C)
気管支喘息 癌() その他()

8.現在、服用中のお薬はありますか？

※おくすり手帳をお持ちの方は、受付までご提出ください

はい (薬品名:) いいえ

9.今までに手術を受けた事はありますか？

はい (いつ頃: 年頃 又は 年前) いいえ
脳梗塞 脳出血
胃・十二指腸潰瘍 心臓病(ペースメーカー あり ・ なし) 腎臓病
癌(部位:) その他()

10.今までに薬や注射・点滴を打って、気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出た事はありますか？

はい わかれば具体的に症状・薬剤名を教えてください いいえ
(その時の症状:)
(薬剤名:)

11.診察を円滑に行うため、待合室で症状をお聞きする場合がありますがよろしいでしょうか？

はい いいえ(いいえの場合は診察室にて対応させていただきます)

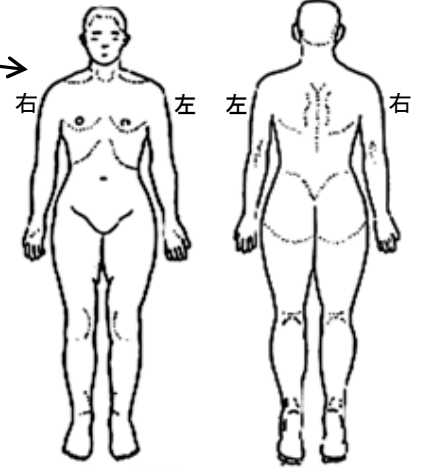
12.妊娠に関して(女性の方のみ)

妊娠中(週) 妊娠の可能性がある 授乳中 どれにもあてはまらない

13.本日の診察に際しご希望を伺います 原因を知りたい ・ 症状を取りたい

14.紹介者があればご記入ください ()

15.傷害保険の加入(ケガによる通院に対して) 加入してる ・ 加入していない



ID _____

つちや整形外科婦人科クリニック 問診票

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

2. 本日、他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ

3. ここ1年間で検診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？(マイナ保険証による情報取得に同意された方
 はい(いつ頃: _____ 月頃) (指導事項: _____) いいえ

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※ この問診票は 診察を円滑に行うために利用させていただきます ご了承ください

)