診察問診票

ID:

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	大・昭 平・令	年　月　日 生 （　歳）
名前				
住所	〒		電話	（携帯） （自宅）

①今日はどうされましたか。

それはいつからですか。（けがの場合は受傷日）

どうしてそうなりましたか。

②今までにかかった病気はありますか。　○をつけてください。

高血圧　心臓病　糖尿病　腎臓病　肝臓病　脳疾患　肺疾患　リウマチ　喘息

その他（　　）

③現在、治療されている病気はありますか。

④手術を受けたことがありますか。（□ない・□ある）

ある場合、何歳の時で、どのような手術ですか。

才

才

⑤現在、処方されている薬がありますか。　（□ない・□ある）

お薬手帳、お薬の一覧表をお持ちでしたらお見せください。

手帳のない方は、薬の名前をご記入ください

（　　）

⑥お薬や食べ物でアレルギーはありますか。　（□ない・□ある）

ある方は具体的にご記入ください。（　　）

⑦湿布などで赤くなったり、かぶれたりしたことはありますか。（□ない・□ある）

⑧現在、妊娠中または授乳中ですか。　（□いいえ・□はい）

⑨この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けましたか。（□はい・□いいえ）

指摘事項は　　受診時期　　月　　日

⑩マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。　（□はい・□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致します。

草加松原整形外科医院