整形外科問診表

記入日:　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日　　年　　月　　日　　才
氏名			身長　　cm　体重　　kg

どのような症状ですか？

☐痛い　☐しびれる　☐腫れている　☐ぶつけた

☐何かできている　☐傷がある　☐つっぱる

☐その他（　　）

症状はいつからありますか？

悪化した時期:

どんな時に症状が強く出ますか？

☐いつも　☐動いたとき　☐座っているとき

☐寝ているとき　☐その他（　　）

症状が出たきっかけは何ですか？

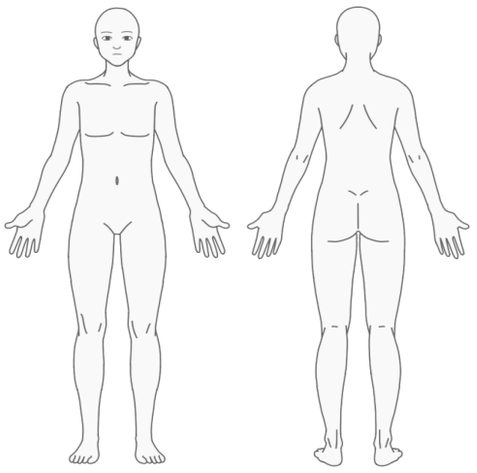
☐転倒　☐落ちた　☐ぶつけた　☐ひねった

☐はさんだ　☐切った　☐原因不明

☐交通事故　☐仕事中　☐運動中

☐その他（　　）

症状のある部位に〇をつけて下さい



右　　左

今回の症状で他の病院を受診しましたか？

☐いいえ　☐はい（　　）

どちらからの紹介ですか？

☐いいえ　☐はい（　　）

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

☐なし　☐あり（　　）

体内に金属・ペースメーカーはありますか？　☐なし　☐あり（　　）

現在、治療中の病気はありますか？　☐なし　☐あり（　　）

現在、飲んでいるお薬はありますか？　☐なし　☐あり（　　）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？　☐なし　☐あり（　　）

＊女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

☐いいえ　☐妊娠中　☐妊娠の可能性あり　☐授乳中

介護認定はうけていますか　☐なし　☐要支援（1・2）　☐要介護（1・2・3・4・5）　☐申請中

その他に医師に伝えたいことがあれば記入してください。（リハビリをしたい…など）

裏面もあります

当クリニックでは診療情報を取得・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いたします。

以下の質問に対し、どちらかに〇をつけてください。

1・マイナ保険証による診療情報取得に同意　　します　　しません

2・質問1で『しません』を選択した方のみお答えください

この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受けられましたか

はい　　受診時期はいつですか（　　）

指摘事項はありましたか（　　）

ご協力ありがとうございました。