

# < 整形外科 問診票 >

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	体重(お子様のみ)	kg		
氏名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
住所	〒					—
電話番号	☎					

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

本日から 日前から 週間前から ヶ月前から 年前から

② 次の病気がありますか？ ある・なし

高血圧 糖尿病 高コレステロール 高脂血症 痛風 脳梗塞 胃潰瘍  
気管支喘息 心臓病 肝臓病( B型肝炎・C型肝炎 ) 腎臓病 不眠症  
甲状腺疾患 リウマチ その他( )

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ある・なし

( )

④ お薬手帳はお持ちですか？ ある・なし

⑤ お薬や食べ物でアレルギーがありますか？ ある・なし

( )

⑥ マイナ保険証による診療情報提供に同意しますか？ はい・いいえ

※当院ではマイナ保険証により診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。  
正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

⑦ (女性の方へ) 現在、妊娠・授乳はされていますか？ 妊娠中・授乳中

※ご記入ありがとうございました。問診票は受付にお戻し下さい。