

初めて整形外科を受診される方へ

受診日 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

御名前 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

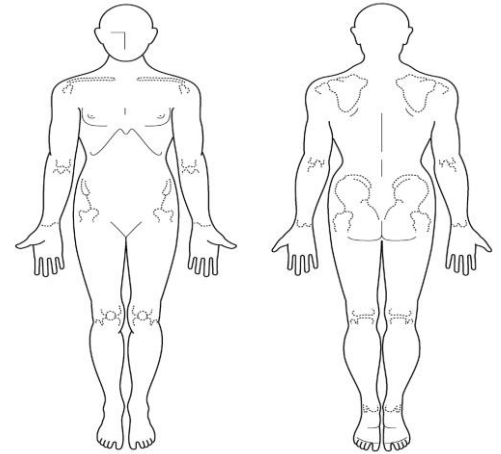
1. 今日はどうなさいましたか？

2. 症状がある部位に○印を付けてください。

3. 症状はいつからですか？

4. 痛み（症状）はどの程度ですか？

下の図に○印を付けてください。



← 0



まったく痛みがない

10 →



耐えきれない痛みがある

5. 今回の受診で期待されることは何ですか？

症状の緩和 セカンドオピニオン 精密検査 手術希望 その他 ( )

6. この症状について、現在(もしくは過去に)他の医療機関などにおかかりですか？

また、そこでは何とされていますか？

7. 今まで、下記の病気にかかったり、治療を受けたりしたことはありますか？

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 肝機能障害 心疾患 癌 その他 ( )

8. 今までに手術や入院をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方は、いつ頃ですか？ ( 前 才頃)

手術名：

9. 今、お飲みになっている薬はありますか？ (はい・いいえ)

(はい)の方は、薬の名前または、何の病気の薬かお分かりでしたら書いて下さい。

10. 今までに薬を飲んで蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったりしたことはありますか？ (はい・いいえ)

11. この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

はい (指摘事項： ) ・ いいえ

<女性の方へ>

12. 現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

13. (はい 出産予定日：20 年 月 日・いいえ・不明・閉経)

現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・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。