

整形外科 問診票

2025 年 月 日

ID: _____

フリガナ		性別	年齢
氏名		男・女	

1. どこが悪くて来院されましたか？具体的にお書きください。例）右膝の内側が歩行でズキズキ痛む。

2. いつ頃から、上記症状がありますか？また、きっかけはありますか？

3. (今回の病気・外傷について) 今までの経過をご記入ください。

例) ○月○日○○○の痛みにて
○○病院受診する。
○○処方された。現在の症状。

4. (今回の病気・外傷にて) 他の医療機関を受診しましたか？

いいえ はい 病院名 () 紹介状 (有 無,)

5. 症状はどんな時に生じますか？

常時 安静時 夜間 運動時 その他 ()

6. 現在治療中の病気はありますか？(過去に以下の病気を経験しましたか？)

ない
ある (病名をお書きください)
糖尿病 心臓病 脳卒中 高血圧 喘息 胃潰瘍 高脂血症 腎不全
その他 ()

7. 現在、内服中のお薬はありますか？ お薬手帳 ある ない

ない ある ()

8. ご自身を含めて同居の家族人数と構成をお書き下さい。

合計 人 (本人と)

9. 女性の方へ

・現在、妊娠していますか？

いいえ 不明
はい (下記に出産予定日または妊娠週数をお書きください)
(出産予定日 年 月 日) (妊娠週数 週目)

・授乳中ですか？

いいえ はい

10. 薬物・食物にアレルギーがありますか？

ない
ある (具体的にお書きください)
()

11. 現在ないし最近までスポーツをされていましたか？

していない
おこなっている (具体的に内容・頻度をお書きください)
(・内容 ・頻度)

12. マイナンバーカードの保険証利用による診療情報取得に同意しますか？

はい いいえ

13. (12.で「いいえ」と答えた方) 1年以内に特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

いいえ はい (受診時期・指摘事項をお書きください)
(・受診時期 ・指摘事項)

痛い部位を○、シビレを×、腫れを△で記載して下さい

右 左 左 右

