くろや整形外科医院問診票

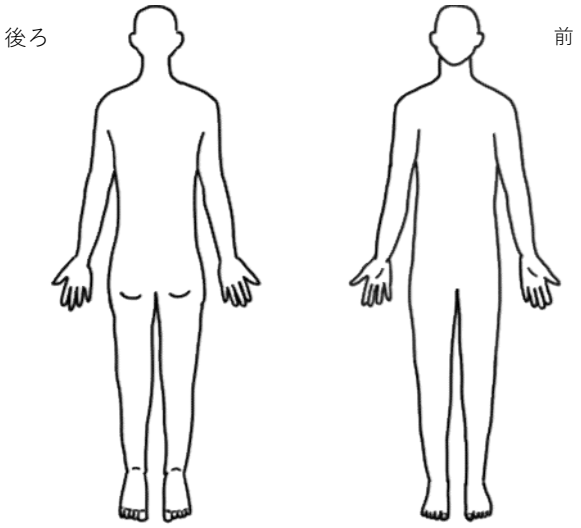
本日はどうされましたか？
□けが　□痛み　□しびれ　□腫れ
□検査希望（　□レントゲン　□骨密度　）
□その他（　　）

症状が出たきっかけ、原因は何ですか？
□交通事故　□労災　□原因不明
□その他（　　）

その症状はいつからですか？
（　　）

現在治療中の病気はありますか？
□ない
□ある　病名（　　）

症状のある部位に〇を付けてください



現在飲んでいるお薬はありますか？
□ない
□ある　⇒　お薬手帳は本日お持ちですか？　□はい ⇒　★ご提示お願いします
お持ちではない場合はご記入下さい
薬（　　）

お薬や食べ物にアレルギー、貼り薬や塗り薬でかぶれたことはありますか？
□ない　□ある　⇒（　　）

※介護認定を受けていますか？
□いいえ
□はい　⇒　介護保険証は本日お持ちですか？　□はい ⇒　★ご提示お願いします
□いいえ

※女性の方にお聞きします
現在妊娠中ですか？　□いいえ　□はい（　　）週目　□妊娠の可能性がある
現在授乳中ですか？　□いいえ　□はい

本日マイナンバーカードはお持ちですか？
□いいえ
□はい　↓
マイナンバーカードからの薬剤情報、医療費通知情報、特定検診情報の取得をしてよろしいですか？
□はい　□いいえ

当院を何で知りましたか？
□以前から知っていた　□ホームページ・インターネットで検索　□知人、友人
□他院から紹介(　　)から紹介　□その他（　　）

ふりがな		男	生年月日	大正　昭和　平成　令和
お名前		女		年　月　日
電話番号	（　　）　－		住所	〒
携帯番号	（　　）　－			