

# 問 診 票

おおさかグローバル整形外科病院

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	年 月 日 (才)
フリガナ			
ご住所	(〒 - )		
電話番号	-	-	※普段連絡がつく番号をお書き下さい (できるだけ携帯電話のご記入をお願いします)
緊急連絡先 電話番号	①	-	(氏名 ) (続柄 )
	②	-	(氏名 ) (続柄 )

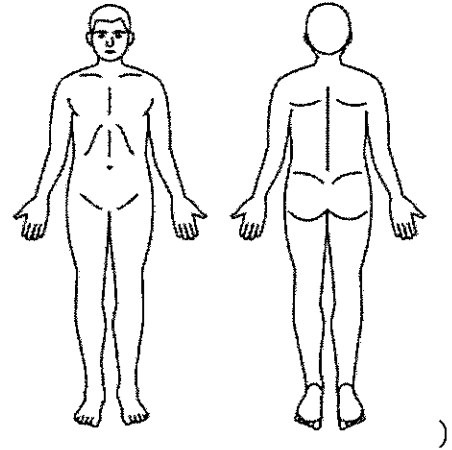
\* 当院は、骨や関節の治療(手術、入院)に特化した整形外科専門病院です。  
 医師が病状安定と判断したら、お住まいの近くにあるクリニックをご紹介します。  
 当院の診療体制(方針)についてご理解いただけましたか? はい いいえ

\* マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか? はい いいえ  
 (同意された場合は、直近1ヶ月以内の処方薬以外は 4 の内服について記載は不要です)

\* 本日、他の医療機関からの紹介状はお持ちですか? はい いいえ

1. 今日どのような症状で来院されましたか?  
痛み しびれ 動かすにくい 腫れている  
傷がある その他( )

※ 症状がある部位を、右の絵に示してください。→→→→→



2. その症状はいつからですか? ( 年 月 日 )
3. その症状に至った原因はありますか?  
転倒 スポーツ( ) 交通事故 工作中  
原因不明 その他( )
4. 現在、内服している薬はありますか? はい いいえ

\* 薬品名( )

\* 本日お薬手帳はお持ちですか? はい いいえ

\* サプリメントを服用していますか? はい いいえ

\* 商品名( )

5. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか?  
 発症年齢・病名・治療内容・かかりつけ医を記入して下さい (整形外科以外もお書きください)  
 例: 50歳 心筋梗塞 スtent ○○病院 / 55歳 骨粗鬆症 内服中 △△病院
- あり ( 歳 ) ( ) ( 病院 )
- なし ( 歳 ) ( ) ( 病院 )
- ( 歳 ) ( ) ( 病院 )
- ( 歳 ) ( ) ( 病院 )
- ( 歳 ) ( ) ( 病院 )

\* 手術歴があれば下記にご記入ください

- あり ( 歳 ) ( ) ( 病院 )
- なし ( 歳 ) ( ) ( 病院 )
- ( 歳 ) ( ) ( 病院 )
- ( 歳 ) ( ) ( 病院 )



6. 直近1ヶ月以内に、ワクチン接種されましたか？

いいえ

はい

いつ、何のワクチンを受けられましたか？

接種日：(令和 年 月 日)

ワクチンの種類：( )

例：コロナ・インフルエンザ など

7. 直近2ヶ月以内に、コロナウイルス感染症にかかられましたか？

いいえ

はい

いつ頃 かかられましたか？

かかられた日：(令和 年 月 日)

8. 以下のもので、アレルギー症状が出たことはありますか？

薬 剤： なし あり (薬剤名： )

症状： )

食 物： なし あり (食べ物： )

症状： )

その他： ( )

9. 最近の身長・体重を記入して下さい (身長： cm 体重： kg)

10. 女性の方へお尋ねします

産婦人科へ通院されている方、直近1ヶ月の間にピル剤・更年期障害の治療を受けられましたか？

いいえ はい 薬剤名( )

現在、妊娠されていますか？ はい いいえ

妊娠されている方、レントゲンが必要な場合は撮影されますか？

はい いいえ 相談したい

授乳中ですか？ はい いいえ

現在の体温

( )°C

枠内は職員で記入します。  
体温計と一緒に、  
問診票をご返却ください。

ありがとうございました。  
(2024.8.27)