

# 診療申込書

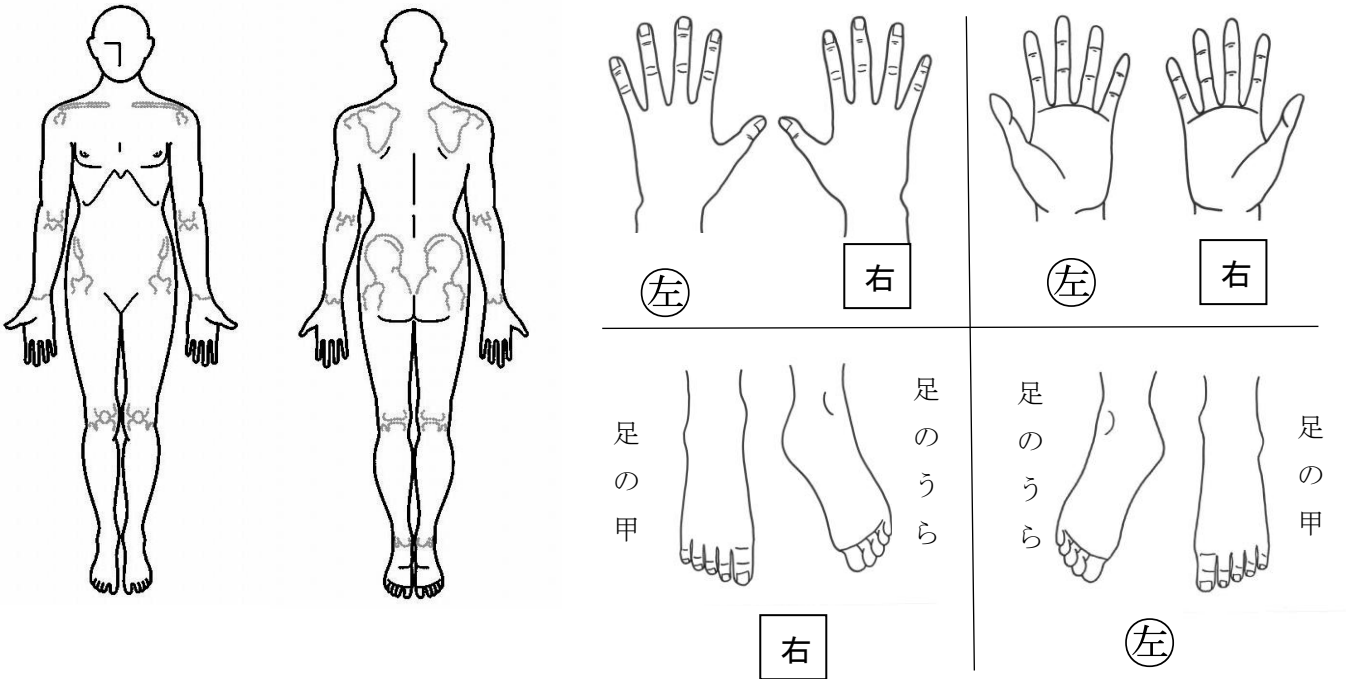
フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		明・大・昭・平・令	歳	男・女
		年 月 日生		
現住所	〒			
電話番号				
右記に該当する場合は○で囲んで下さい。 労災 交通事故				

## 問診票（現在の状態）

氏名 \_\_\_\_\_ 記入日；令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 (カルテ No. \_\_\_\_\_ ) 身長； \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg  
 ◎利き手・ 右 / 左 / 両

## ☆現在の症状について教えてください

### 1. 症状のある部位に印をつけて下さい



### 2. 症状は？

痛い・しびれる・異和感・その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 3. いつから？

[ \_\_\_\_\_ ]

### 4. 思い当たる原因は（怪我の方は詳しく記載して下さい・交通事故の方は別紙へ）？

問 診 票 (診療に必要な情報)

氏名 \_\_\_\_\_

(カルテ No. \_\_\_\_\_)

☆過去の病気あるいは通院中の病気について教えてください。

1. 今まで整形外科を受診したことはありますか？

● 無・有 (有の方は下記を記入して下さい)

➢ 腰痛、肩こり、腱鞘炎、その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院

➢ 怪我で縫合 (部位； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

➢ 骨折 (部位； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 手術 無/有 ・ 抜釘 無/有)

➢ その他、整形での手術の有無

◇ 無・有 ( \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

2. その他の手術を受けたことはありますか？

● 無・有 (病名； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

◆ 体内金属 無・有 (ステント・ペースメーカー・人工関節・その他 ( \_\_\_\_\_ ))

3. 下記の病気はありますか？

● 気管支喘息 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 最終発作 \_\_\_\_\_ 年/才頃)

● 糖尿病 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 最新のHbA1c % (令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日))

● 胃・十二指腸潰瘍 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

● 緑内障 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 薬制限 無 (開放・正常圧) / 有 (閉塞) / 不明)

● その他の病気 (病名； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

● アレルギー 無・有 (花粉症・アトピー・薬物/食物/金属アレルギー・その他 ( \_\_\_\_\_ ))

\* 湿布負け (かぶれ) 無・有・不明

◆ 現在内服中の薬 (血液をサラサラにする薬等) はありますか？ \*薬手帳がある方はご提示をお願いします  
無・有 ( \_\_\_\_\_ )

☆職歴・スポーツ歴を教えてください。

● 職種 (事務・製造・販売・漁業・農業・運送業・土木/建築業・教職・専門職・技術職・公務員・その他)  
期間； \_\_\_\_\_

● スポーツ (野球・サッカー・テニス・バスケットボール・バドミントン・バレーボール・卓球・剣道・柔道・弓道・その他)  
期間； \_\_\_\_\_

☆家族； \_\_\_\_\_ 人暮らし

★ご婦人の方へ 現在、妊娠の可能性 (無・有)、授乳中 (無・有)

***** スタッフ記載 *****			
記入日	R _____		
握力	右 _____ kg、	左 _____ kg	
体温	_____ ° C (平熱 _____ ° C)		
血圧・脈拍	_____ / _____ mmHg, _____ bpm		
呼吸時痛	無・有	SpO2 _____	_____ %