

# 高砂慶友整形外科問診表

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男 女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm

連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) 緊急連絡先 ( \_\_\_\_\_ ) 体重 \_\_\_\_\_ Kg

- どのような症状で来院されましたか？  
( \_\_\_\_\_ )
- いつ頃から症状は出てきましたか？  
( \_\_\_\_\_ )
- 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？  
( \_\_\_\_\_ )

- ◎学校、保育園・幼稚園でのお怪我ですか？ はい いいえ  
◎交通事故によるお怪我ですか？ はい いいえ  
◎工作中、通勤途中のお怪我ですか？ はい いいえ  
労災なし※当院記入欄

⇒労災申請の方は、下記の記入をお願い致します。

会社名【 \_\_\_\_\_ 】電話番号【 \_\_\_\_\_ 】

- 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

- 病院 クリニック 接骨院 その他( \_\_\_\_\_ )  
受診していない

- 現在治療中の病気があれば教えてください。

- 高血圧 糖尿病 喘息 心疾患 脳梗塞・脳出血 リウマチ その他( \_\_\_\_\_ )  
治療中の病気はない

- 過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか？

- ある (病名： \_\_\_\_\_ 手術名： \_\_\_\_\_ )  
(病院名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_ )  
特になし

※お薬手帳をお持ちでしたらお出しください。

- 現在、内服している薬はありますか？

- ある 内服中のお薬名( \_\_\_\_\_ )  
なし

- お薬手帳 有 無  
持参忘れ

- 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- ある 薬( \_\_\_\_\_ ) 食べ物( \_\_\_\_\_ )  
なし

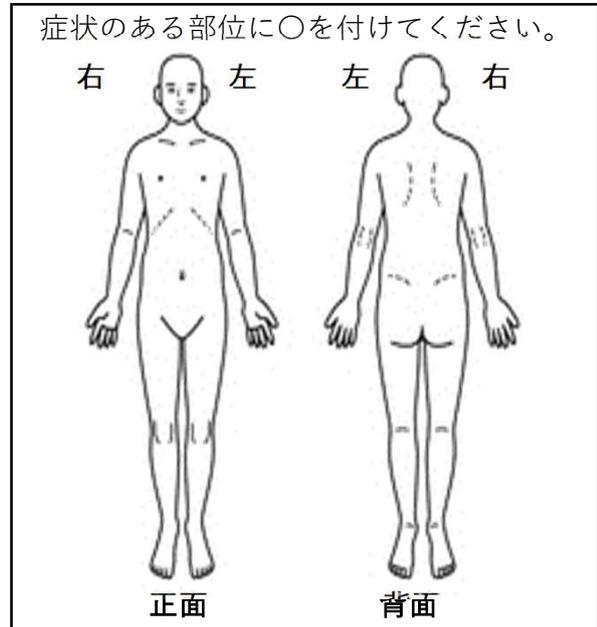
- たばこを吸いますか？ いいえ はい アルコールを飲みますか？ いいえ はい

- 女性の方のみお答えください。

- 妊娠中ですか？ いいえ はい (現在何か月ですか？ : \_\_\_\_\_ カ月)  
授乳中ですか？ いいえ はい

- 65歳以上の方のみお答えください。

- 介護保険証の認定を受けていますか？  
はい ( 要支援 ・ 要介護 ) いいえ



※認定を受けている方は、介護保険証のご提示にご協力お願い致します。