受診日　　年　　月　　日　　**しんえいクリニック整形外科問診票**

フリガナ
氏名　　男・女　**生年月日** 昭・平・令　　年　　月　　日(　　)歳

住所

自宅　　(　　)　　**携帯**　　(　　)

付き添いの方：・いない　・いる（続柄）　　※付き添いの方がいる場合はご本人との続柄もご回答ください。

●どのような症状ですか？あてはまるものに〇をつけてください。※「その他」と回答された方は内容をご記入ください。
・痛い　・しびれる　・動きにくい　・腫れている　・何かできている　・つっぱる　・傷がある　・やけど
・その他(　　)
＜症状のある体の部位＞※例：右腕、左足首など(　　)

●症状はいつ頃からありますか？※例：×月×日から、3 日前から、1 か月前からなど
(　　)

●症状が出たきっかけは何ですか？あてはまるものに〇をつけてください。
※「その他」と回答された方は内容をご記入ください。
・転倒　・落ちた　・ぶつけた　・ひねった　・重い物を持った　・使いすぎた　・運動中　・切った　・はさんだ
・交通事故　・仕事中　・原因不明　・その他(　　)

●現在、服用中のお薬はありますか？
・いいえ　・はい（薬品名：　　）

●過去にかかった病気または現在治療中の病気はありますか？あてはまるものに〇をつけてください。
※「その他」と回答された方は詳細をご記入ください。
・なし　・高血圧　・糖尿病　・脂質異常症　・ぜんそく　・心臓病　・悪性腫瘍　・精神疾患　・脳梗塞　・脳出血　・肝臓病　・腎臓病
・結核　・B 型肝炎　・C 型肝炎　・梅毒　・HIV　・その他（　　）

●アレルギーはありますか？※「はい」の場合、は内容を具体的にご記入ください。
・いいえ　・はい（　　）

●お薬手帳はお持ちですか？
・いいえ　・はい　※お持ちの方は受付でお渡しください。

●＜女性の方のみ＞あてはまるものに〇をつけてください。
・妊娠中　・授乳中　・いずれでもない　・わからない

●医師にお伝えしたい事があればご記入ください。

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、他院での処方薬や検診結果等を医師が情報活用致します。