

はらまち高田整形外科内科問診表

ID

フリガナ

氏名： _____ (男・女)

介護保険

無

生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

有 (要支援)

(要介護)

住所：〒 - -

電話番号：(自宅) - - (携帯) - -

○交通事故やお仕事中的お怪我ではないですか

交通事故 (はい ・ いいえ) “はい”の方は診療同意書のご記入をお願いします。

お仕事中的お怪我 (はい ・ いいえ)

※交通事故の方 警察届出 (済 ・ 未) 診断書 (希望 ・ 不要)

保険会社一括電話 (有 ・ 無) 保険会社連絡 (済 ・ 未)

1. 今回はどのような症状で来院されましたか
(痛み しびれ 腫れ 動かしにくい その他 ;)

その部位に○印をつけてください(複数可) ⇒

2. その症状はいつからですか
令和 年 月 日頃から

3. 今回の症状の原因はありますか
(転倒 ぶつけた 落ちた はさまれた 切った ひねった
原因不明 その他の原因 ;)

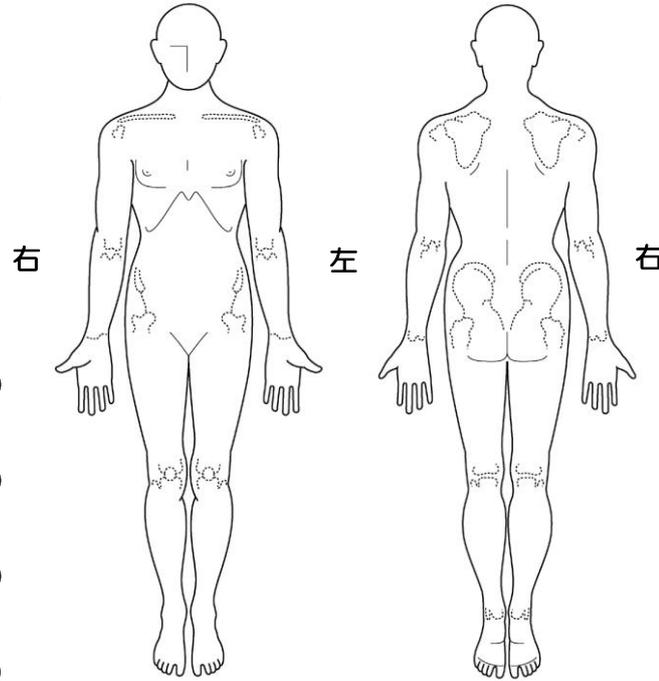
4. 今までに大きな病気や怪我、手術をされたことはありますか
なし ・ あり ⇒ ()

5. お薬のアレルギーはありますか
なし ・ あり ⇒ ()

6. 現在治療中の怪我や病気はありますか
なし ・ あり ⇒ ()

7. 現在飲んでいるお薬はありますか
なし ・ あり ⇒ (薬の名前 ;) お薬手帳 あり・なし
(病院名 ;)

8. ※女性の方へお聞きいたします 現在妊娠中・妊娠している可能性はありますか
(妊娠中 ; カ月 妊娠している可能性がある 妊娠していない わからない 授乳中)



以下のアンケートにご協力をお願い致します

○当院に来院したきっかけはございますか？

- 1. 家族・知人のご紹介(お名前 ;)
- 2. 他医療機関のご紹介 (名称 ;)
- 3. 通りすがり
- 4. インターネット検索 (Google yahoo 病院紹介サイト その他 ;)
- 5. その他()

○当院ホームページをご覧になったことがありますか？ はい ・ いいえ

○西小山駅の駅看板をご覧になったことがありますか？ はい ・ いいえ ご協力有難う御座いました!!!