

はらまち整形外科問診表

ID

フリガナ
氏名： _____ (男・女)

介護保険
無
有(要支援)
(要介護)

生年月日：明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住所：〒 - _____

電話番号：(自宅) - - (携帯) - -

※職員使用欄※
ご家族了承済み
一時実費(交 労 三 忘)

○交通事故やお仕事中的お怪我ですか？

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;)

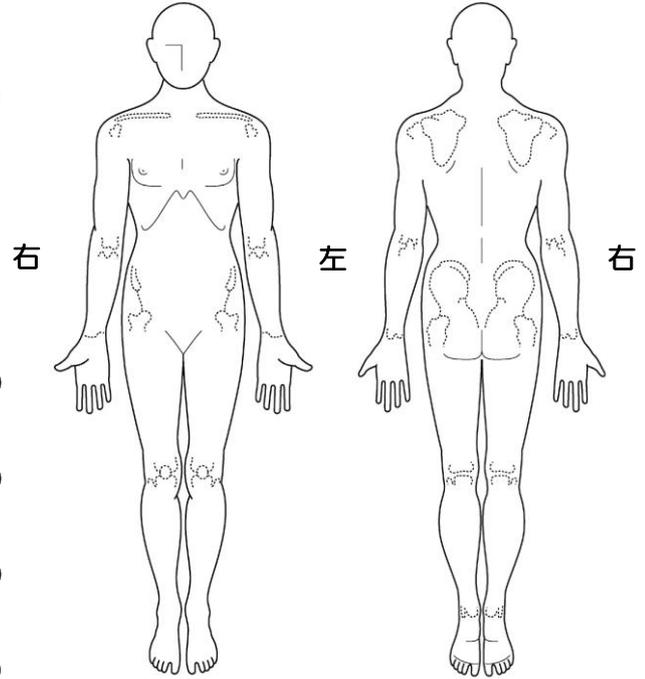
4. 今までに大きな病気や怪我、手術をされたことはありますか
なし・あり ⇒ ()

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ありますか？

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. ご近所
4. 職場が近い
5. インターネット検索 (Google Instagram 紹介カード ユビー その他;)
6. その他()

○当院への来院手段であてはまるものはありますか？ (徒歩 自転車 バイク 車 電車 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 ご協力有難う御座いました!!!