

患者番号：

氏 名：

整形外科問診票

* 予約診察の患者さんを優先しますのでお待ち頂くこともありますが、何卒ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

1. 症状について記入して下さい。

★いつ頃からありますか(年 月 日 時頃から)

★症状のある場所に○をつけてください。

★どのような症状ですか。

- ☐ 痛い ☐ 腫れている ☐ しびれる ☐ 力が入らない
☐ その他()

★原因として思い当たることがありますか。

- ☐ 交通事故 ☐ 労災事故 ☐ 特にない ☐ その他()

★どのような状況・きっかけで症状がでましたか
(具体的に記入してください)

* 痛み・しびれがある方は数字を○してください

①電気ショックのような急激な痛み発作が起きることはありますか。

- 0.一度もない 1.ほとんどない 2.少しある 3.ある程度ある 4.激しい 5.非常に激しい

②痛みのある場所にしびれを感じますか。

- 0.一度もない 1.ほとんどない 2.少しある 3.ある程度ある 4.激しい 5.非常に激しい

★同じ症状で、他の病院を受診したことがありますか。

- ☐ はい (病院名：) ☐ いいえ

※紹介状がない場合は診察できない可能性があります。

2. 18歳以下の方にお伺いします。

学校(園)や部活・通学中の怪我ですか。 【 はい ・ いいえ 】

「 はい 」の方は、災害共済給付制度の対象です。医療費を一旦お支払いいただきます。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか。 【 はい ・ いいえ 】

ご協力ありがとうございました。