

# 全科共通 問診票

❖❖ マスクの着用と手指消毒のご協力お願い致します ❖❖

下の質問に はい・いいえ でお答えください

- ① 本日、熱がありますか ( はい・いいえ )
- ② 2週間以内に熱がありましたか ( はい・いいえ )
- ③ 強い、けん怠感(だるさ)・筋肉痛がありますか ( はい・いいえ )
- ④ せき・たん・呼吸が苦しいなどの症状がありますか ( はい・いいえ )
- ⑤ 味覚・嗅覚に異常はありますか ( はい・いいえ )
- ⑥ 新型コロナウイルスに感染した人、又は疑いのある人と接触しましたか ( はい・いいえ )
- ⑦ 喫煙歴はありますか ( なし・あり 1日 本×喫煙年数 年)(現在・過去)
- ⑧ コロナワクチン接種はされましたか ( はい・いいえ )
  - ◇ はい の方のみお答えください。
  - ・接種回数 回
  - ・最終接種日 年 月 日 ファイザー・モデルナ・その他( )・不明
- ⑨ これまでにコロナウイルス検査で陽性になった事がありますか( はい・いいえ )
  - ◇ はい の方のみお答えください。
  - ・それはいつ頃でしたか ( 年 月 日頃) \* 大体のお日にちで構いません。
- ⑩ マイナ保険証を使用していますか ( はい・いいえ )
  - ◇ はい の方のみお答えください。
  - ・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか( はい・いいえ )
  - ・この一年間で市の特定健診を受診されましたか( はい・いいえ )

つづいて、裏面の問診表のご記入をお願いいたします

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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。  
当院は「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の算定病院です。

# 整形外科問診票

フリガナ \_\_\_\_\_

M・T・S・H・R 年 月 日生

氏名 \_\_\_\_\_

( )歳 男 ・ 女

〒 \_\_\_\_\_

職業 ( )

住所 \_\_\_\_\_

身長 ( cm) / 体重 ( Kg)

緊急連絡先(勤務先など)

電話番号 自宅 \_\_\_\_\_  
携帯電話 \_\_\_\_\_

緊急連絡先電話 \_\_\_\_\_

1. どうなさいましたか

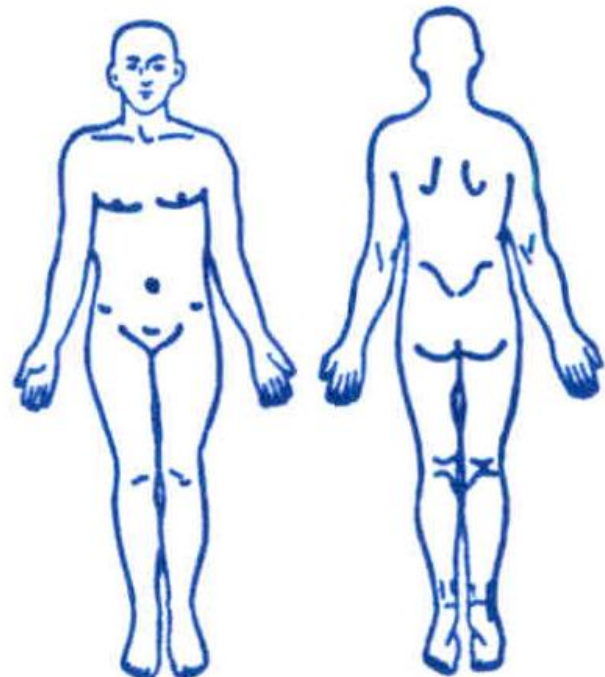
.....

2. 何か原因はありますか ( )

3. 下記の当てはまる症状に○をしてください (いくつでも)

右 左 左 右

- 痛い しびれる おもい 張っている
- 動きが悪い 音がする 力がはらない
- つっぱる 形がおかしい
- その他 ( )



4. 右図の症状のある部位に○をしてください

5. いつ頃からですか ( 年 月 日頃より)

6. 今まで同じようになったことがありますか

はい (いつですか 頃) ・ いいえ

7. アレルギーについて

- ① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか  
ある ( ) ・ ない
- ② アレルギー症状またはアレルギー体質といわれたことがありますか  
ある ( ) ・ ない

8. 現在治療中の病気はありますか ・高血圧症 ・糖尿病 ・高脂血症 ・不整脈  
その他 (病名 ) ・ ない

9. 何かスポーツはしていますか はい (種目 ) ・ いいえ

10. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか はい ( ヶ月) ・ いいえ

11. 当院をどちらでお知りになりましたか (あてはまる項目に○をしてください)

- ① 前から知っていた ② 他院より紹介された(病院名 紹介状: 有 ・ 無)
- ③ 知人に聞いた ④ インターネットで知った ⑤ ケーブルテレビをみた ⑥ その他(