

# 村井整形外科 問診票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな	性別	年齢	才
氏名	男・女	明・大・昭・平	年 月 日
住所	郵便番号	身長	cm 体重 kg
		TEL	( )
緊急連絡先		TEL ( )	続柄
ふりがな	住所		
氏名			

1) 本日はどうなさいましたか？

① どの部位ですか？右図に○をつけてください。

② いつからですか？ 年 月 日

③ どのような症状ですか？

④ 原因はなんですか？該当する□に☑してください。

1. 特に思い当たる原因なし

2. 思い当たる原因がある場合

どこで ( )  
どの様な状況で ( )

3. 交通事故の場合  被害者  加害者  単独

受傷日 年 月 日

警察への連絡  すみ  これから

保険会社の使用  する  しない

保険会社を使用しない場合 自費となる事があります。

4. 工作中的の事故の場合  工作中  通勤途中の事故

労災適用  あり  なし

受傷日 年 月 日

会社名

担当者 会社TEL

5. その他

2) 今回の症状で現在又は過去に他の病院で治療を受けたことがありますか？

はい  いいえ

はいの方 …… 病名 ( )

病院・医院・施療院 ( )

治療法 ( )

3) 注射・投薬・レントゲン撮影の参考に致しますので、下記の事項についてお答え下さい。

① 薬の副作用(アレルギー)・造影剤アレルギーは  ある  ない  わからない

ある方 アレルギーを起こした時の薬名 ( )

その時の症状 ( )

② 現在、他の薬を飲んでいますか？  はい  いいえ

はいの方 内科 外科 科 科 科

(薬剤情報・お薬手帳など詳しく内容の分かるものを物をご持参ください。)

③ 女性の方に…現在妊娠の可能性はありますか？該当する□に☑してください。

ない  わからない  可能性はある  妊娠中 週

4) 65歳以上の方への質問 該当する□に☑してください。

介護保険について  加入している  未加入  申請中

介護保険加入されている方 (要支援)  1  2 (要介護)  1  2  3  4  5

担当ケアマネジャー氏名

介護担当施設名

現在のお住まい  自宅  施設

自宅にお住まいの方  独居  配偶者と二人暮らし  家族と同居

施設に入所されている方 施設名 ( )

