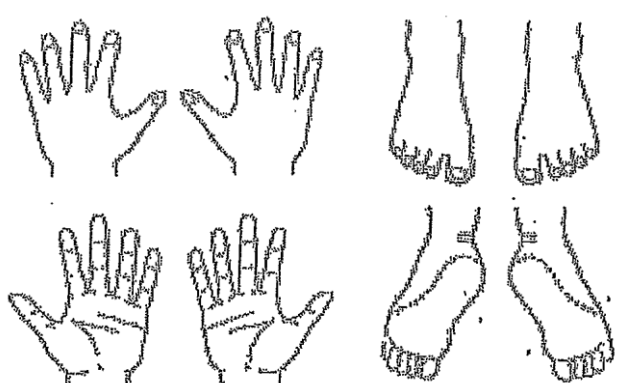
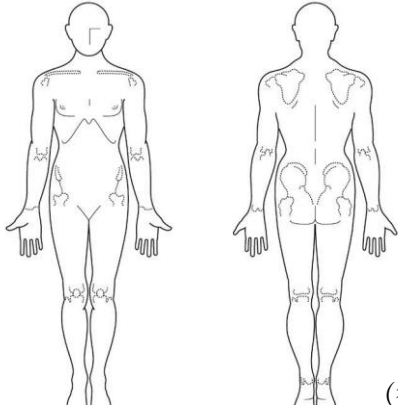


問診票（整形外科）

フリガナ
氏名

年齢 歳(男・女)

受診日 年 月 日

1	<p>マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">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。</p>
2	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
3	<p>どのような症状で来院されましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>動きにくい <input type="checkbox"/>その他()</p>
4	<p>症状のある部位はどこですか？図で示してください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  <p>(前) (後)</p> </div> </div>
5	<p>いつ頃からその症状はでできましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>本日 <input type="checkbox"/>昨日 <input type="checkbox"/>2～3日前 <input type="checkbox"/>1週間前 <input type="checkbox"/>その他()</p>
6	<p>きっかけ・原因はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>仕事中 <input type="checkbox"/>スポーツ中 <input type="checkbox"/>転倒・転落 <input type="checkbox"/>特に原因なし・不明</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
7	<p>現在または過去にこの症状で治療を受けていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
8	<p>現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>肝臓病</p> <p><input type="checkbox"/>胃潰瘍 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>リウマチ <input type="checkbox"/>その他()</p>
9	<p>現在服用している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p>
10	<p>過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p>
11	<p>薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 薬() 食べ物()</p>
12	<p>この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期() 指摘事項()</p>
13	<p>現在施設に入所中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(施設名:)</p>
14	<p>女性の方のみお答えください。</p> <p>● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい()週</p> <p>● 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>