

たけうち整形外科 問診票

フリガナ		性別	生年月日		年齢	介護認定
お名前		男 女	大・昭・平・令 年 月 日		歳	有 無
ご住所	(〒 -)		TEL			

どのような症状ですか？

痛い しびれる 動きにくい
腫れている 傷がある やけど
骨粗鬆症の検査 検診
その他 ()

いつ頃から症状が出てきていますか？

月 日 日前
週間前 ヶ月前 年前

症状が出たきっかけや状況は何ですか？

転倒 落ちた ぶつけた ひねった
運転中 切った はさんだ 原因不明
その他 ()

現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい
高血圧 糖尿病 喘息 心疾患
精神疾患 その他 ()

現在お薬を飲んでいますか？

※お薬手帳を提示していただければ記入は不要です。
いいえ はい ()

今までに手術を受けたことはありますか？

いいえ はい ()

TAKEUCHI ORTHOPEDICS

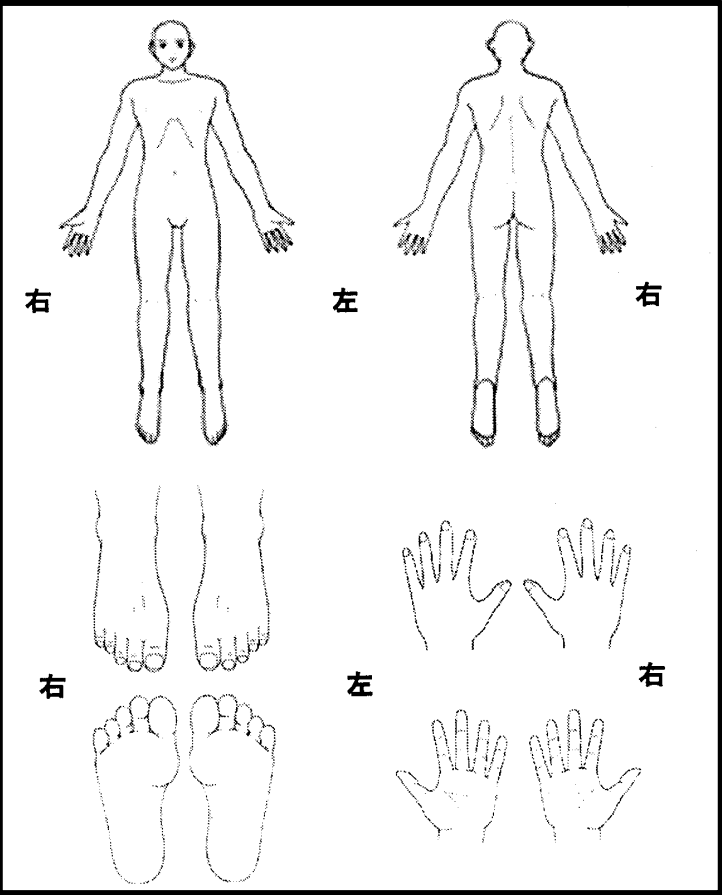
たけうち整形外科

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致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算1 4点 or 加算2（マイナ保険証） 2点

医療機関記入欄
交通事故 労災（工作中・通勤途中）
学校の怪我（杉並区立 ・ その他）
☐検温 ☐消毒 ☐待ち人数・時間

症状のある部位に○で印をつけて下さい。



アレルギーはありますか？

いいえ はい ()

現在妊娠または授乳中ですか？

いいえ はい（妊娠 ヶ月・授乳中）

お酒はのみますか？

いいえ はい

たばこは吸いますか？

いいえ はい

当院をどのようにして知りましたか？

近所のため 知人の紹介 病院の紹介
インターネット（GoogleMap その他の媒体）
その他 ()