

整形外科問診票（全ての患者さん）

お名前（ ）

問 1. 現在定期的に飲んでいる薬はありますか？

☐いいえ ☐はい（ ）

※1 マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近 1 ヶ月以内の処方を除き記載は省略可です

※2 お薬手帳や説明書をお持ちの方は提出していただければ記入不要です

問 2. 歯やけがなどの治療で麻酔注射をしたことはありますか？

☐いいえ ☐はい ☐分からない

その時異常はありましたか？ ☐いいえ ☐はい（症状 ）

問 3. 喫煙・飲酒の習慣についておたずねします

（1）喫煙 ☐吸う （ ）歳から 1日（ ）本

☐吸っていた（ ）歳から（ ）歳まで 1日（ ）本

☐吸わない

（2）飲酒 ☐よく飲む ☐ときどき飲む ☐以前はよく飲んだ（ ）年間

種類（ ）を量（ ）☐杯 ☐合 ☐本 週（ ）回

☐ほとんど飲まない

問 4. どのようなお仕事ですか？ ☐立ち仕事 ☐座り仕事 ☐家事 ☐無職

問 5. 女性のみ

妊娠している可能性はありますか？ ☐いいえ ☐はい（妊娠 週） ☐わからない

授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

整形外科問診票（紹介状をお持ちでない方）

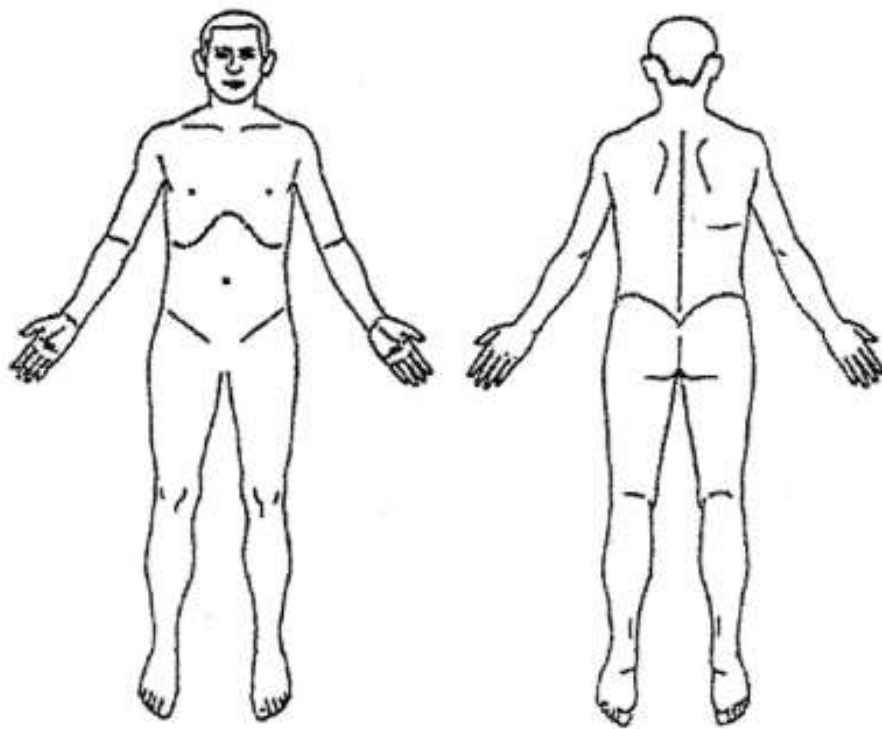
問1. 本日、受診された理由（都合の悪い場所に○を付けてください）

いつから・・・（ ）

どこに・・・（ ）

どのような・・・（ ）

（都合の悪い場所に○を付けてください）



都合悪い部位で今まで治療を受けたことがありますか？ ☐はい ☐いいえ

問2. 現在スポーツはされていますか？

☐していない ☐している（種目： ）