初診問診表

No.＿＿＿＿＿＿＿＿　　令和　　年　　月　　日

氏名	ふりがな	男・女	M・T・S・H 年　月　日　才
住所	（〒　　－　　） （自宅電話）　　（携帯電話）		

過去14日以内に、海外渡航歴がありますか？
いいえ・　はい

過去14日以内に、コロナウイルス患者もしくは濃厚接触者と接触されましたか？
いいえ・　はい

① 本日はどうされましたか？

いつから？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どこが？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どうしました？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

今回のけがの原因は何ですか？

交通事故・仕事中(労災)・通勤中（通勤災害）・第三者行為・学校　・その他

② 薬剤や食べ物に対してアレルギーはありますか？

いいえ・　はい　薬剤の種類　（　　）

食べ物の種類（　　）

③ 今までに以下の病気にかかったことがあれば、〇でお囲みください。

・糖尿病　　・腎臓病　　・喘　息
・心臓病　　・肝臓病　　・高血圧
・上記以外の現在治療中の病名（　　）

④ 現在薬を服用していますか？

いいえ・　はい（　　）

＊お薬手帳をお持ちの方は提示してください。

⑤ いままでにひどいけがや骨折をしたことがありますか？

いいえ・　はい（　　）

⑥ いままでに手術を受けられたことがありますか？

いいえ・　はい（　　）

⑦ 一週間以内に胃透視X線検査を受けられましたか？

いいえ・　はい

⑧ “妊娠している可能性”はありますか？

いいえ・　はい（妊娠　第　　週）

“授乳中”ですか？

いいえ・　はい

医療法人三志会　宇野整形外科