

問診票		みつわ整形外科クリニック		年 月 日			
フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令	身長	cm	スポーツ
氏名		女	年 月 日	才	体重	kg	
住所	〒			電話番号	携帯		
					自宅		
職業					※65歳以上の方はご記入下さい		
会社名	電話番号				介護認定： 未 ・ 済		
※2週間以内に「海外渡航歴（滞在歴）がある。新型コロナウイルスの方と濃厚接触となった。」可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)							
※風邪症状はありますか？ (はい ・ いいえ)							

◎37度以上の場合や風邪症状がある場合は本日は診療をお控えいただき、回復後にあらためて受診をお願いしております。（緊急性のある方を除く） あらかじめご了承ください。

<p>・どのような症状で来院されましたか？</p> <p>（</p> <p>・それはいつからですか？</p> <p>（</p> <p>・原因はありますか？</p> <p>いいえ</p> <p>はい・交通事故</p> <p>・その他（</p>	<p>症状がある部位に○印を付けてください</p> <p>前 後</p> <p>右 左 左 右</p>
--	---

この症状で他の病院を受診されていますか？

はい（医療機関名： ） ・ いいえ

今までにかかった病気やケガはありますか？ ○をつけてください。

無 ・ 有 … 高血圧・糖尿病・肝臓病・胃潰瘍・心臓病・腎臓病・脳血管の病気・喘息・がん

その他（ ）

現在飲んでいるお薬はありますか？ 無 ・ 有 …

お薬手帳はお持ちですか？

無 ・ 有 ・ 忘れ（ ご用意してお待ちください。2階にて看護師が確認致します。 ）

アレルギーはありますか？ 無 ・ 有	女性の方はご記入ください
薬剤：（ ）	妊娠中ですか？ いいえ・はい …（ ヶ月目）
食品：（ ）	授乳中ですか？ いいえ・はい

希望される項目	ご希望の医師
MRI検査 骨密度検査 リハビリ 再生医療(APS・PRP)	（ 医師）

◎当院をどのようにお知りになりましたか？該当する□に✓印をつけてください。

1□インターネット・ホームページをみて 2□知人の紹介で（お名前： ）

3□他の病院の紹介（病院名： ） 4□家、職場の近くのため 5□その他（ ）