

整形外科 問診表

ID:			
	登録	問診	
済			
裏			代筆者

※カタカナでご記入願いたします。

お名前 (カタカナ)	
---------------	--

※下記の質問にご回答ください。(初めての方は診療申込書もご記入ください)
代筆においても、問診に虚偽内容があった場合は、次回以降の診療をお断りさせて頂く場合がございます。予めご了承ください。

※院内では、感染予防の為、必ずマスクの着用をお願い致します。

◎診察前体温 °C ◎同伴者体温 °C

<ul style="list-style-type: none"> ● 過去5日間以内に発熱はありましたか (37.5°C以上、または平熱より1°C高い) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 	_____ 月 _____ 日 から
○ 発熱やのどの痛み、その他風邪症状は4日以上続いていますか⇒	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
○ 発症日から5日間以内に新型コロナウイルス感染者と接触した	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
○ 新型コロナウイルス感染症と診断されたことがある (令和 年 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

どのような症状ですか→

工作中・通勤中 交通事故

いつごろから _____ 月 _____ 日 _____ きっかけはありますか→

今回の症状で他の医療機関を受診しましたか

いいえ はい → : _____

現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい

いいえ はい → : _____ お薬手帳 あり なし

今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえ 薬剤名 : _____

はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態) ある ない

今までに大きな病気にかかったことはありますか。(がん、けいれん、喘息、先天性疾患など)

いいえ はい → : _____

女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい (_____ 週目) 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

※妊娠中の方(可能性あり含む)、授乳中の方は、検査やお薬に制限が出る場合がございます。

ここからは成人の方のみご回答下さい

喫煙歴について 喫煙はしない

喫煙をしている。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい)

以前喫煙をしていた。(1日 _____ 本 _____ 年間くらい)

飲酒について 飲酒の習慣はない。

飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に _____ 回くらい)

ご記入ありがとうございました。