

整形外科予診票

年 月 日

初診の方、またしばらくぶりの受診の方は、この予診票を記入し、受付の時にお出してください。

フリガナ

明・大・昭

受診者氏名 _____ 男・女 _____ 才 _____

平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

住 所 〒 _____

携帯；

自宅；

職業・職種； _____

スポーツ； _____

◇今回のケガまたは症状について、該当するものがあれば○をつけてください。

交通事故（自損を含む） 業務上（労災） スポーツ その他（ _____ ）

◇いつのどんなケガ、いつからの症状ですか。

（例：11/20玄関で転んだ、包丁で切った、自然に など）

*いつ（ごろ）；

*どうした；

◇該当する症状；

痛い しびれる はれている 動かない・動きがわるい

キズがある 出血している その他

（ _____ ）

◇具合の悪いところに○印をつけて下さい。（右図へ）

◇今回の症状について他の医療機関で治療を受けましたか。

いいえ・はい

・どこで； _____ 病院・医院

・何といわれましたか；（ _____ ）

・どんな治療をしましたか；薬、注射、リハビリ

その他；（ _____ ）

◇現在治療（薬など）中の病気はありますか。

いいえ・はい

高血圧症 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 不整脈 心臓病

気管支喘息 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大症 緑内障

脳梗塞・出血 その他（ _____ ）

◇アレルギーや薬の副作用はありますか。 いいえ・はい

薬（ _____ ）

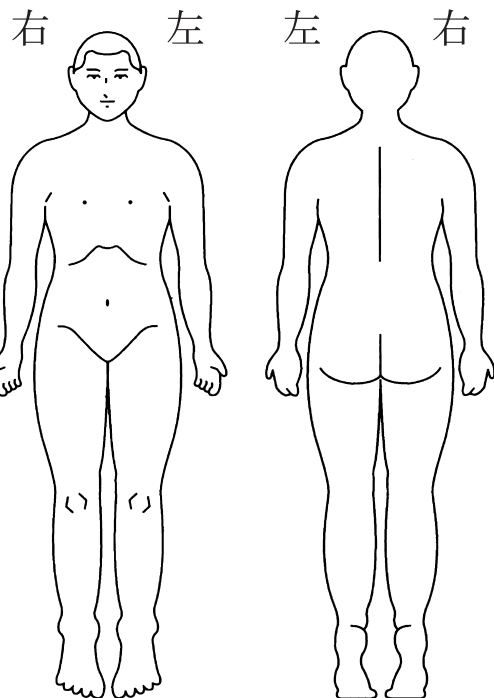
食べ物（ _____ ）

金属・ゴム製品（ _____ ）

その他（ _____ ）

【女性の方へ】

◇妊娠あるいはその可能性がありますか。 いいえ・はい



◇これまで大きな病気や手術をした
ことがありますか。 いいえ・はい

・病 名；

・手術名；

・時 期；

予診票

別紙

■ マイナ保険証を持参していますか。 はい ・ いいえ

◆ マイナ保険証による情報取得に同意しますか。 はい ・ いいえ

■ 他医療機関からの紹介状を持参していますか。 はい ・ いいえ

■ この1年間で健診を受診しましたか。 はい ・ いいえ

※特定健診・高齢者健診に限ります。
※マイナ保険証による情報取得に同意した方は省略可。

◆ 受診時期

◆ 指摘事項

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いたします。

<医療機関使用>

保 マ 忘

ID

名前