

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、受付の時に提出してください。

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

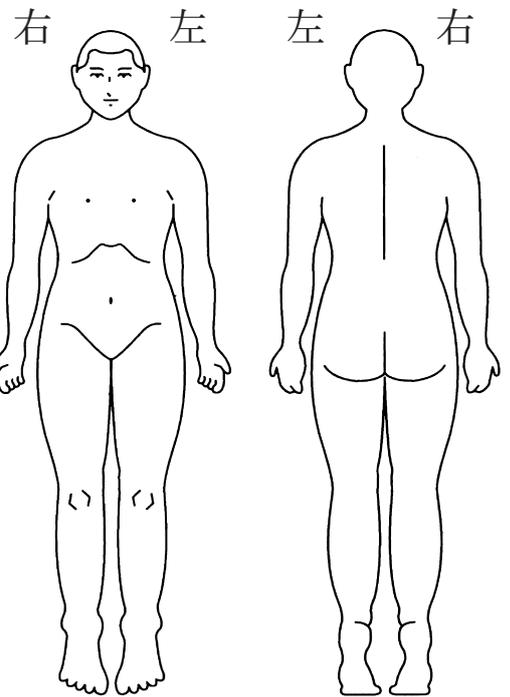
薬（ _____ ）
食べ物（ _____ ）
金属・ゴム製品（ _____ ）
その他（ _____ ）

◇7日以内に、身近な方（同居家族、勤務先等）に感染症に罹った方がいらっしゃいましたか。

いいえ・はい（ 感染症の種類：新型コロナ インフルエンザ ノロウイルス アデノウイルス
その他（具体的に： _____ ） ）

【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；
）

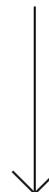
予診票

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