

お名前 (カタカナ)	年齢	性別
	歳	男・女

<input type="checkbox"/> ERI入り確認済	<input type="checkbox"/> 新患
医事課記入欄：	

## 整形外科 問診票

※下記の質問に全てご回答下さい。

【重要】新型コロナウイルス関係のご質問にお答えください。	
○高熱、だるさ、息苦しさなどの症状はございますか。 ※解熱剤を飲み続けている方も同様です。( 月 日から)	はい・いいえ
○下記(※)のいずれかに当てはまる方で発熱や咳などの比較的軽い風邪症状はございますか。 ※高齢者(65歳以上)/糖尿病・心不全/呼吸器疾患(COPD等)の基礎疾患のある方 透析を受けている方/妊娠されている方/免疫抑制剤や抗がん剤等を用いている方	はい・いいえ
※下記に数日間の最高熱が何度であったかご記入ください。 3日前( °C) 2日前( °C) 1日前( °C) 本日( °C)	
○37.5度以上の発熱が4日以内に一度でもございましたか。	はい・いいえ
○味覚及び嗅覚に関して、異常を感じることはございますか。	はい・いいえ
○同伴者様に上記の症状はございますか。	はい・いいえ

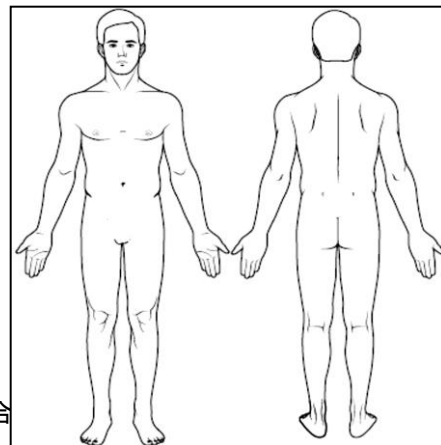
1.今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

いいえ  はい → 薬剤名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_

2.いつ頃からどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 \_\_\_\_\_ 頃から ※下記の図の該当部位に○をつけて下さい

どのような症状ですか。簡潔にご記入をお願い致します。



症状の原因は何ですか。

交通事故  工作中・通勤中のケガ  不明

その他 ( \_\_\_\_\_ )

※交通事故が原因の方にお聞き致します。

交通事故書類作成の為、平日の常勤医師の診察を受診していただく必要がある場合

いいえ  はい

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ  はい → : \_\_\_\_\_

4.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受付でご提示下さい。

いいえ  はい → : \_\_\_\_\_ お薬手帳  あり  なし

5.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか  いいえ  はい  可能性あり

授乳中ですか  いいえ  はい

ここからは成人の方のみご回答下さい

6.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)

7.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。お手数ですが、受付までご提出願います。