

おゆみの中央病院 形成外科 問診票

I	D		性別	受診日	年	月	日
ふ	り	が	男・女	記入者 ☐ 本人 ☐ 本人以外			
氏	名			記入者氏名： 本人との続柄：			
生	年	月	日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
※当院記入欄		国保 社保 自賠責 (あり・なし) 労災 学校保健 受給券 自費		紹介状 あり・なし		救急車・それ以外	

下記の質問にご回答ください。

1. どのような症状で来院されましたか？

☐痛い ☐しびれる ☐腫れ ☐動きにくい

☐その他 ()

2. いつ頃から症状が出てきましたか？

_____ 頃から

3. 症状のある部位を右の図で示して下さい。



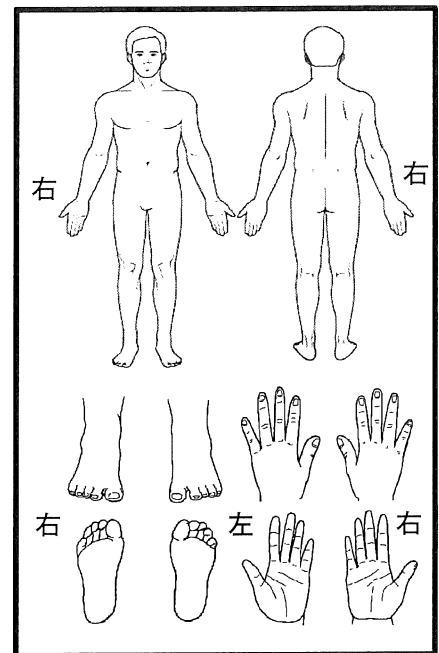
4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

☐交通事故 (事故日： 年 月 日) ☐転倒

☐通勤中 ☐工作中 ☐スポーツ

☐学校で (部活・体育等) ☐特に原因なし

☐その他 ()



5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

☐受診していない

☐受診している (病院 医院 接骨院 マッサージ 院) (名称：)

治療内容：☐投薬 ☐注射 ☐リハビリ ☐物理療法

6. 現在治療中の病気があればご回答下さい。

☐治療中の病気はない

☐現在治療中 (下記該当するものにチェックをしてください)

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐心臓病 ☐脳梗塞 ☐腎臓病 ☐喘息 ☐胃潰瘍

☐感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒) ☐その他 ()

【裏面に続きます】

7. 過去にけがや病気で手術を受けた事がありますか？

☐特になし ☐ある 手術名（ ）： 年 月）

8. 心臓ペースメーカーは使用されていますか？

☐いいえ ☐はい（医療機関名： ）

9. 現在、飲んでいる薬はありますか。 ☐あり ☐なし

（お薬手帳の持参 ☐あり ☐なし）

お薬手帳の持参がない場合、下記にご記入下さい。

10. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

☐なし ☐ある 薬（ ）食べ物（ ）

11. 女性の方のみご回答ください。

妊娠中ですか？ ☐いいえ ☐はい ☐わからない 授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい

12. 1週間以内に下記該当するものがありましたか？ ☐いいえ ☐はい

- ・発熱、風邪症状（鼻汁、のどの痛み等）
- ・自身が新型コロナ陽性で加療
- ・新型コロナ陽性者との接触

13. 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。

マイナ保険証を ☐持っている ☐持っていない

14. ケアマネジャーはいらっしゃいますか？

☐いいえ ☐はい ☐わからない

15. 介護保険サービスをご利用されていますか？

☐利用していない ☐利用している（ 通所リハビリ・デイサービス・訪問リハビリ等 ）

施設入所：施設名（ ）

施設区分：（介護老人保健施設・有料老人ホーム・特別養護老人ホーム・グループホーム）

その他（ ）

介護度（要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5）

16. 当院を何でお知りになりましたか？

☐ご家族 ☐お知り合い ☐他院より紹介 ☐看板 ☐ホームページ ☐SNS 等

☐その他（ ）