

(カタカナ) お名前	
---------------	--

ID :  
 エントリー済み

## 整形外科 問診票

※初めての方は診療申込書もご記入下さい。

◎体重 [ . kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

	診察前体温	同伴者様体温
	・ °C	・ °C
コロナウイルスに対する 問診票 (全員記入)	①現在、コロナウイルスに感染していると診断されている状態ですか	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	②24時間以内に発熱 (37.5°C以上) がありましたか	
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※必ずマスクの着用をお願い致します。 ご協力よろしくお願い致します。

※コロナ治療薬の処方は今現在行っておりません。

1.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 \_\_\_\_\_ 頃

どのような症状ですか。具体的にまた簡潔にご記入をお願いいたします。

症状の原因は何ですか。  交通事故日( )  工作中・通勤中のケガ  不明  
 その他( )

2.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: \_\_\_\_\_

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診察室でご提示下さい。

いいえ  はい → : \_\_\_\_\_ お薬手帳  あり  なし

ここからは成人の方のみご回答下さい

5.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)

6.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)

7.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

問診票は診察室で回収致します。