

ご案内(患者さま用)

小田原市立病院 整形外科 より

「問診票」の事前記入

にご協力ください

患者さまへ

ご自宅等で別添の「問診票」を事前にご記入いただき、小田原市立病院を受診する際に、「紹介状」と併せてお持ちください。

※重要※
できるだけ最新の情報を知りたいので、
受診日の直前に記入してください。

待ち時間の短縮になりますので、ご理解ご協力の程よろしくお願いいたします。

※「問診票」を忘れてしまっても、通常どおり受診はできますのでご安心ください。

整形外科問診票

氏名 性別 年齢 身長 cm 体重 kg 体温 °C

① 今回の受診のきっかけとなった症状が出たのはいつ頃ですか？
 〇年〇月〇日

② どの部分が不調ですか？
絵に〇をつけて下さい

③ 今回の症状に關して思い当たる原因はありますか？
 交通事故 転倒 転落 仕事(職業) スポーツ() その他()

④ それほどのような症状ですか？
 痛しい びびる 感覚が無い 動かぬ(動かにくい)
 腫れが大きい 変形 腫れている しみがある
 その他()

*現在の痛みの程度はどのくらいですか？ 線上に〇をつけてください。
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*洗面や着替えなど、身の回りのことが自分でできますか？ 線上に〇をつけてください。
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

⑤ 今回の症状に關して他の病院や接骨院などで治療を受けましたか？
 はい いいえ () 治療内容()

⑥ 今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックしてください。
 高血圧 糖尿病(内服薬・インスリン注射) ぜんそく 関節リウマチ 脳梗塞・脳出血
 心臓病・不整脈 肝臓病 腎臓病 その他()

⑦ 通院中の病院やクリニックはありますか？ はい いいえ 内服中の薬はありますか？ はい いいえ

いつ(から)	病名	薬名	内服薬または治療内容
年月日			
年月日			
年月日			

⑧ 手術歴 あり なし
いつ(から) 病名 薬名 手術内容
年月日 年月日 年月日 あり/なし
年月日 年月日 年月日 あり/なし

⑨ 妊娠の可能性: なし あり わからない

⑩ アレルギーはありますか？ あり なし わからない
食品() 薬品() 金属()
その他()

⑪ タバコ: 吸わない 吸う(1日 本) 過去に吸っていた(歳 ~ 歳まで)

⑫ 酒: 飲まない 飲む(毎日・週 回・月 回: 種類 を 杯(くらい))

*「治療手帳」を治療時の各医療機関と併せてお持ち下さい。問診票の記入は1分以上です。ありがとうございます。

(整形外科「問診票」イメージ)

■ 「問診票」とは？

患者様がスムーズに受診できるように、ご自身の症状(年齢、身長、体重、痛みの部位、既往歴など)を記入いただくための用紙です。診察の前に医師が参照します。

【問い合わせ】

小田原市立病院 地域医療連携室

TEL: 0465-34-3175 (代表)

FAX: 0465-34-3175