

(医)さいとう整形外科 問診表

(スタッフ記入) ID:

受診時間

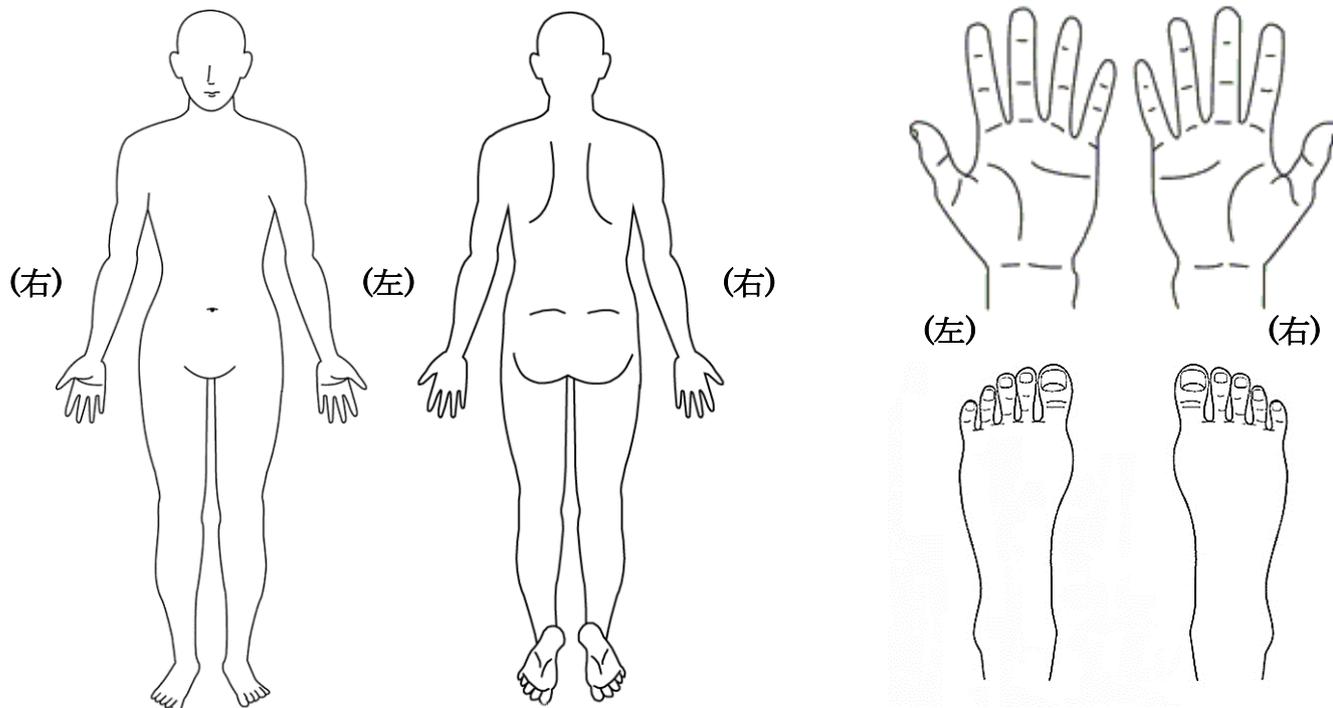
時

分

ふりがな		男 ・ 女	生年 月日	大正 昭和	年	月	日
氏名				平成 令和	(歳)	
住所	〒	—	電話番号	自宅:	—	—	
				携帯:	—	—	
要介護認定を受けられていますか 【 いいえ ・ はい 】 <u>介護保険被保険者証を提出してください</u>							
<input type="checkbox"/> 要支援 (1 ・ 2)							
<input type="checkbox"/> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)							
サービスを受けている施設名があれば記入してください (デイケア ・ デイサービス) (施設名:)							

◆ 症状についてお聞きします、図に痛みがある場所は ○、しびれは斜線  を記入してください

- いつ頃からですか (..... から)
- どのような症状ですか (.....)
- きっかけは何ですか (.....)



◆ 現在治療中の病気があれば記入してください

◆ 過去に大きな病気をしたことがあれば記入してください

◆ 注射、麻酔で副作用が出たことがありますか (ある ・ ない)

副作用の内容:

◆ ジェネリック医薬品に変更できる場合、変更を希望されますか (はい ・ いいえ)

◆ 妊娠されていますか、または、授乳中ですか (妊娠している ・ 妊娠していない ・ 授乳中である)

(注) 妊娠疑いの方は実施出来ない検査があります