

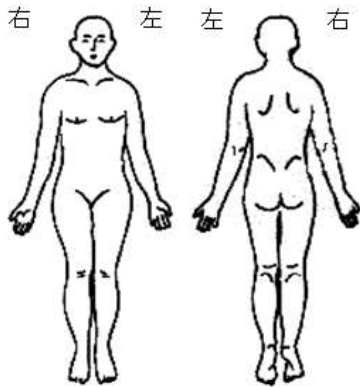
整形外科問診票

看護師記入時間	() : ()			
体温	℃	血圧	/	mmHg
脈拍	回/分			
呼吸数	回/分	Spo2	%	
紹介状持参	無・有	()		
かかりつけ医	無・有	()		
持参資料	無・有	()		
付き添い	無・有	()		

お名前 _____ 男 ・ 女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ () 歳
職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
【女性のみ】妊娠:していない・可能性あり・している()週・授乳中
利き手 _____ 車椅子 ・ ストレッチャー 介護度(要支援: _____ 要介護: _____)

薬手帳 あり ・ なし (要スキャナ)

●いつから、どのような症状がありますか？症状のある部位を図に示してください。



●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん() ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)
喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症
その他()
※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？
どなた()が、いつ()病名()
手術: いつ() 術名()
輸血: なし ・ あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？ ない ・ ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)
()

●アレルギーはありますか？ ない ・ ある(下記に記載)
気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物() ・ 薬() ・ 造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙...(吸わない ・ やめた ・ 吸う) () 本/日 () 歳〜 () 歳まで
飲酒...(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類() 量() 合 () mL
() 歳〜 () 歳まで () 回/週 ・ 月 ()

看護師記入欄: 家族状況、ADL、認知面など

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ