

# 整形外科 問診票

太枠の中をご記入下さい

フリガナ		体重（小児のみ）	年 齢	体 温
氏名		kg	歳	℃

◇本日はどうされましたか？ 該当する欄に☑を付け、問診にご回答ください。

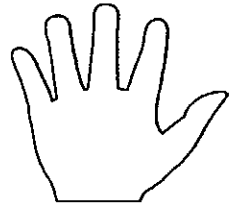
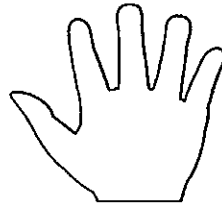
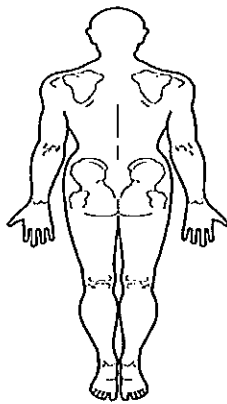
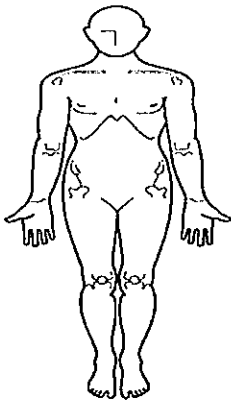
前回の続き

初めての方/いつもと違う症状がある方は症状をご記入下さい。

いつ頃から症状が出てきていますか？

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 日前      \_\_\_\_\_ 週間前      \_\_\_\_\_ ヶ月前      \_\_\_\_\_ 年前

症状のある部分に○をつけて下さい（初めての方/いつもと違う症状の方のみ）



◆ 当院を初めて受診される方は、下記の診療申込書もご記入をお願いします。

## 診 療 申 込 書

生年月日	大正・昭和	年	月	日	自宅：	-	-
	平成・令和				携帯：	-	-
ご住所	〒 _____				性別	男・女	

### 診療にかかる個人情報保護について

当院では、診療情報を積極的に患者様本人にお知らせし、患者様にも積極的に診療に参加して頂く事により良い医療の提供を目指しております。そのためには、患者様からの正確な情報が必要になります。原則として、患者様から頂いた個人情報は、ご本人の診療・健康管理の目的以外には使用せず、また個人情報を法令で定める場合を除き、患者様の許可なく外部の第三者には提供致しません。

上記内容を理解し、診療を申込みします。

(病院側記入欄)

診療申込日： 年 月 日 / カルテID