

整形外科 問 診 票

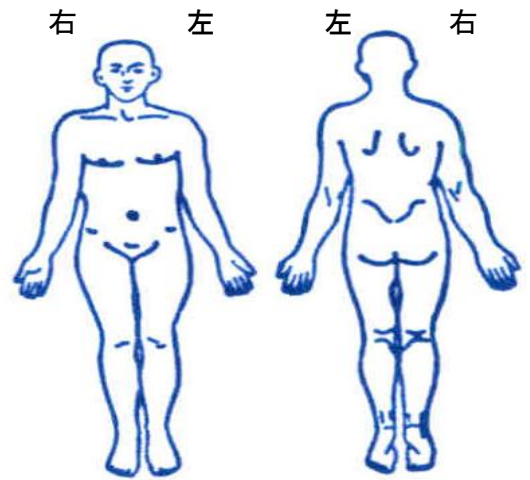
フリガナ	M・T・S・H・R 年 月 日生		
氏名	() 歳 男 ・ 女		
〒	職業 ()		
住所	身長 (cm) / 体重 (kg)		
ご連絡先	電話 (携帯)	緊急連絡先(家族・勤務先など)	
	電話 (自宅)	連絡先名	続柄 ()
メールアドレス	@	電話番号	

1. どうなさいましたか

2. いつ頃からですか (年 月 日頃より)

3. 下記の当てはまる症状と右図の部位に○をして下さい(いくつでも)

- 痛い しびれる おもい 張っている
 動きが悪い 音がする 力がはいらない
 つっぱる 形がおかしい
 その他 ()



4. 今まで同じようになったことがありますか

はい (いつですか 頃) ・ いいえ

5. 今までに重い病気をしたことがありますか

ある (病名) ・ ない

また、現在治療中の病気はありますか

ある 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ その他 () ・ ない

6. アレルギーについて

① 薬・注射・検査などで何か異常なことがありましたか

ある () ・ ない

② 下記のものでアレルギー症状が出た、またはアレルギー体質といわれたことがありますか

金属 ・ アルコール ・ ラテックス ・ その他 () ・ ない

7. 何かスポーツはしていますか

はい (種目) ・ いいえ

8. (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか

はい (ヶ月) ・ いいえ

つづいて裏面のご記入をお願いいたします

9. 発熱はありますか

(はい: 度 ・ いいえ)

10. 喫煙歴はありますか

なし ・ あり (1日 本 × 喫煙年数 年) (現在 ・ 過去)

11. 現在服用中の薬はありますか

ある (薬名) ・ ない

◇ ある を選んだ方 : お薬手帳は本日持ってきていますか (はい ・ いいえ)

12. 医療行為や日常生活に制限を有する宗教を信仰していますか

はい (制限内容:) ・ いいえ

13. マイナ保険証を使用していますか (はい ・ いいえ)

◇はい の方のみお答えください

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? (はい ・ いいえ)

・この一年間で市の特定健診を受診されましたか? (はい ・ いいえ)

14. 当院をどちらでお知りになりましたか (あてはまる項目に○をしてください)

①前から知っていた ②他院より紹介された(病院名 紹介状: 有 ・ 無)

③知人に聞いた ④インターネットで知った ⑤ケーブルテレビをみた

⑥ その他()

当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
当院は『電子的診療情報連携体制整備加算』の算定病院です。

ご記入ありがとうございました。

こちらの問診票を受付職員へお渡しください。