

(一般用)
整形外科問診表

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢		生年月日	(T・S・H・R) 年		
氏名					才	月	
		性別	男・女	身長		体重	
					cm		kg
住所							
当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可)							
☐ 自宅・職場が近所 ☐ 看板を見た ☐ ホームページを検索した ☐ 他院より紹介された ☐ 家族・知人の紹介 ☐ その他()							

お薬手帳	□ あり □ なし	今回の症状で 他の医療機関を受診されていますか	□ はい □ いいえ
内服薬	□ 血液をサラサラにする薬 □ 骨の薬 □ 痛み止め □ 痛風の薬 □ 睡眠薬 □ その他()		
妊娠中	□ はい □ いいえ	授乳中	□ はい □ いいえ
	喫煙中	□ はい □ いいえ	
手術歴	□ なし □ あり ()	薬や食べ物の アレルギー	□ なし □ あり ()
あなた、あるいは家族が かかったことのある病気に☑して、 隣に続柄を記載してください		☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳梗塞 ☐ 胃潰瘍 ☐ 喘息 ☐ 肝臓病 ☐ 痛風 ☐ リウマチ ☐ ペースメーカー ☐ その他()	

こういった症状でお困りですか？		症状がある場所に印をつけてください	
☐ 痛い ☐ しびれる ☐ ひねった ☐ はれている ☐ 動きにくい ☐ 重い ☐ つつぱる ☐ 冷える ☐ ひねった ☐ 骨折 ☐ ケガ ☐ その他（ ）			
思い当たる原因はありますか？			
☐ スポーツ ☐ 学校でのケガ ☐ 家事 ☐ 転倒 ☐ 特になし ☐ その他（ ） 工作中的ケガの場合(労災で ある・ない) 交通事故（ 年 月 日）診断書（ 通）			
いつから症状がありますか？			
☐ 今日 ☐ （ ）日前 ☐ （ ）週間前 ☐ （ ）ヶ月前 ☐ （ ）年前			

現在、介護保険を使ったサービスを受けていますか	はい / いいえ
「はい」に○をされた方は速やかに受付窓口まで介護保険証の提示をお願いいたします。 また、申請中の方は介護保険の認定が下りましたら受付窓口まで報告を必ずお願いします。	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	同意する / 同意しない
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お願いいたします。 医療情報取得加算Ⅰ(初診料):3点、医療情報取得加算Ⅱ(マイナ保険証を利用した場合):1点	