

## 整形外科問診表

ふりがな ( )  
お名前 ( ) (男・女) 年齢 ( 歳)  
郵便番号 (〒 - ) 生年月日 ( 平・令 年 月 日)  
ご住所 ( )  
お電話 ( - - ) 携帯電話 ( - - )  
※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 )

①どのような症状で来られましたか? また、その症状が現れてはいつですか?

(症状が起きた原因、痛みなどがある場所・どのような時に痛むかをお書きください。)

( 月 日頃)

② この症状で整形外科にかかったことはありますか?

病院名: ( はい・いいえ )

③ 今までにお薬や注射でジンマシンがでたり、気分が悪くなった事、またショックを起こしたことがありますか?

薬剤名: ( はい・いいえ )

④ 今までにかなり重い病気または手術をされたことがありますか?

病名: ( はい・いいえ )

⑤ 現在になにかお薬を飲んでいますか?

薬剤名: ( はい・いいえ )

⑥ レントゲン撮影を受けられない理由がありますか?

・理由: 妊娠中もしくは可能性あり・他医院での撮影フィルム持参

・その他 ( )

⑦ あなた、あるいは家族の方で次のような病気になった方はおられますか?

病名に○をつけて ( ) の中にご本人との続柄を記入ください。

(1) 高血圧・高脂血症 ( )

(2) 心臓の病気<狭心症・心筋梗塞・不整脈> ( )

(3) 糖尿病 ( )

(4) 肝臓の病気<肝炎・肝硬変> ( )

(5) 喘息 ( )

(6) その他 病名: ( )

⑧ 現在、何かスポーツをされていますか? (部活、またはクラブチーム)

種目 ( ) 学校名・チーム名 ( ) 学年 ( )

⑨ 監督、先生等に診察内容について情報提供することを同意されますか?

( はい・いいえ )

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。

医療情報・システム基盤設備体制充実加算(初診料)加算1:6点 加算2:(マイナ保険証を利用した場合):2点