整形外科問診票

受診歴のある方は変更なければご住所、お電話番号はご省略下さい。　記入日：　年　月　日

フリガナ		男・女	生年月日　15歳未満の方
氏名			大・昭・平・令　年　月　日　体重　kg
住所	〒　－		65歳以上の方 介護保険：　有　無
電話番号			

どのような症状ですか？

□痛い □しびれる □動きにくい □腫れている □何かできている □つっぱる □傷がある □捻挫□ぶつけた □やけど □その他（　　）

症状はいつ頃からありますか？
約（　　）日・週間・ヶ月・年前から

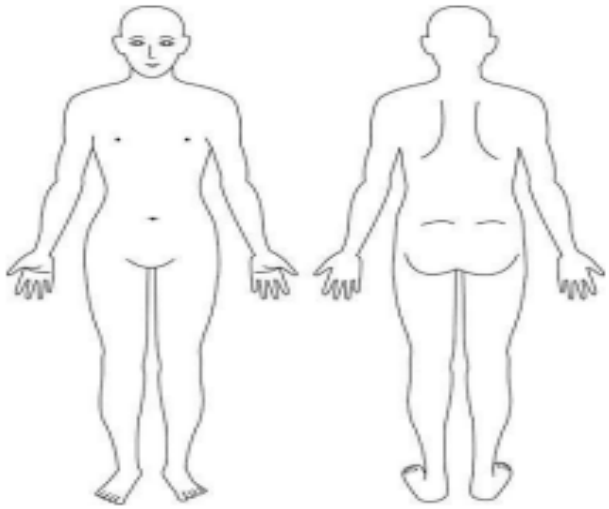
症状が出たきっかけは何ですか？

□落ちた □ぶつけた □ひねった □運動中□切った □はさんだ □交通事故 □仕事中 □原因不明
□その他（　　）

骨粗しょう症検査希望：有・無

有の場合　身長　　cm　体重　　kg

症状のある部位に○をつけて下さい。



過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
□なし　□あり（　　）

現在、治療中の病気はありますか？　□なし　□あり（　　）

現在、飲んでいるお薬はありますか？　□なし　□あり（　　）

喫煙、飲酒について教えてください
喫煙：□吸わない　□吸う（　本/日 ×　年間）
　　□禁煙した（　年前から。それまで喫煙（　本/日 ×　年間））
飲酒：□飲まない　□飲む（週　日）　種類・量（　　）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？　□なし　□あり（　　）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
□いいえ　□はい（□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？
☐ インターネット　☐ 看板　☐ 知人　☐ 老人会会報　☐ その他（　　）

本日は、下記のいずれをご持参されましたか？
☐ 健康保険証 ☐ マイナンバーカードの保険証（以下、マイナ保険証）

マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？
☐ 同意していない ☐ 同意した

直近 1 年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？
※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記載不要です。
☐ 受けていない ☐ 受けた（健診名：　　）（いつ頃：　年　月 ごろ）

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？
☐ いいえ ☐ はい

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をお願いいたします。
医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1：4点 、加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）