

整形外科 問診票

この問診票に記載された患者様の情報は治療の目的のみに使用させていただきます。

この問診票は治療以外に使用されるものではありません。

(当院は個人情報保護法に遵守しております。)

記入日 年 月 日

氏名 _____

年齢 才 _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg

ご職業 _____

スポーツ _____

※紹介状・レントゲン・CDROM・検診の結果等をお持ちの方は、この用紙と一緒に受付にお出してください。

1. 症状についてお聞きします。

①どの部位に症状がありますか？ 右下図に○をつけてください。

②いつから、症状がありましたか？

(_____)

③どのような症状がありますか？

(_____)

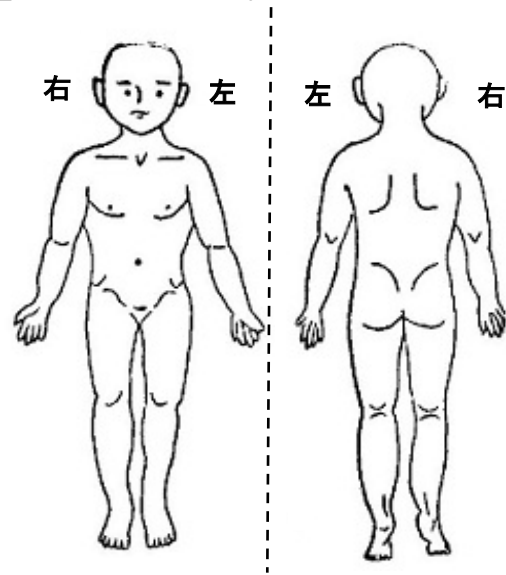
④どうして、起こりましたか？

きっかけはありますか？

(_____)

⑤その後、どのような経過をたどりましたか？

(_____)



2. 今まで他に病気にかかったことがありますか？

はい いいえ

(1)心疾患 (2)肺炎・喘息 (3)高血圧 (4)糖尿病 (5)脳疾患

(6)胃・十二指腸潰瘍 (7)高脂血症 (8)その他(_____)

3. 現在、他の医療機関に通院していますか？

はい：医療機関名(_____) いいえ

4. 現在、おくすりはのんでいますか？

はい(_____) いいえ

※お薬手帳やお薬情報をお持ちの場合は、この用紙と一緒に受付にお出してください。

5. 今までアレルギーをおこしたことはありますか？

薬・食べ物・ゴム製品・テープ類・金属・その他

はい(_____) いいえ

その時、どのような症状がありましたか？ (_____)

6. 女性の方にお聞きします。

①妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ

②授乳中ですか？ はい いいえ

7. マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？

同意する 同意しない(持っていない)

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をお願い致します。

◆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)