

《自身の連絡先》

整形外科問診票

(携帯)

(自宅)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

①本日は、交通事故での負傷でしょうか？ はい いいえ

*症状がある部位に○をして下さい

②本日は、お仕事での負傷でしょうか？ はい いいえ

※「はい」の方は勤務中か通勤(退勤)中か○をして下さい。

《勤務中 ・ 通勤中(退勤中)》

③どのような症状がありますか？

痛み 痺れる 腫れている 動かない 動きにくい

その他()

④症状はいつ頃から出てきましたか？

本日 昨日 2~3日前 1週間前 1ヵ月前

3か月前 半年前 それ以上

⑤その症状の原因に思い当たることはありますか？

いいえ はい()

⑥上記の症状で治療を受けたことはありますか？

いいえ はい(診断名 :) (医療機関名 :)

⑦今まで大きな病気・けがで手術を受けたことはありますか？

なし あり(病名:)

⑧お仕事は何をされておりますか？

座り仕事 立ち仕事 肉体労働 主婦 学生 その他()

⑨現在、当院の他科、または他の医療機関に通院されていますか？

いいえ はい(当院 他院 《診療科: 内科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 その他》)

※「はい」の方は下記の該当病名を○で囲んでください。

心臓病 高血圧 糖尿病 肺疾患 リウマチ 痛風 脳梗塞 肝炎 喘息 その他()

・他院に通院中の方へお伺いします。本日、紹介状はお持ちでいらっしゃいますか？

いいえ はい ※「はい」の方は、紹介状を受付へご提出下さい。

⑩現在服用しているお薬はありますか？

なし あり ※「あり」の方で、お薬手帳をお持ちであればご提出をお願いします。

(薬剤名 :)

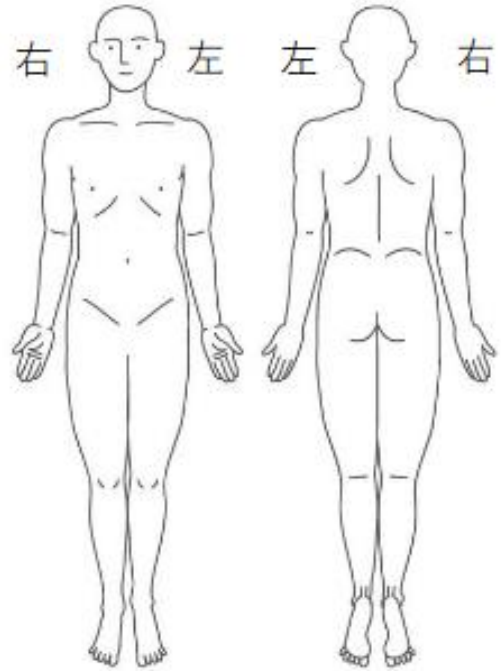
⑪今まで薬や注射で異常があったことはありますか？

なし あり (何をした時に異常がありましたか? ...)

⑫体の中に金属類は入っていますか？ なし あり (どこに入れてますか? ...)

⑬女性の方へ、妊娠の可能性はありますか？ 不明 なし あり(週目)

⑭問診票に基づいて医師の指示のもと、診察前にレントゲンの撮影をしてもよろしいでしょうか？ はい いいえ



⑮マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ 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おります。
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(マイナ保険証の利用がない場合)

加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)