

整形外科問診票

NSサイン

(ふりがな)

性別：男 ・ 女 年齢 () 歳

お名前

身長 () cm 体重 () kg

※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

年 月 日

- 1, 紹介状はお持ちですか はい (当院 ・ 他院)
 いいえ

- 2, 診て欲しいところはどこですか
右の絵にしるしをつけてください →

- 3, どうされましたか
 動作時に痛みがある じっとしていても痛みがある
 しびれがある はれている できものがある
 熱感がある その他 ()

- 4, その症状はいつからですか
月 日 頃から

- 5, 考えられる原因はありますか ない ある
*あると答えられた方は、原因を詳しくご記入ください

[]

- 工作中的の負傷 (労災 ・ 公災)
 交通事故

- 6, 職業 () 仕事の内容 ()

- 7, スポーツ歴 () を () 年

- 8, 現在、治療中の病気がありますか
 ない

- ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病
 その他 ()

- 9, 普段飲んでいる薬はありますか
 ない

- ある → 心臓の薬 血をかたまりにくくする薬
 その他 ()

- 10, 今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか
 ない ある ()

- 11, 薬・注射などでアレルギー症状が出たことがありますか
 ない

- ある ・ 薬 (注射) () ・ どのような症状 ()

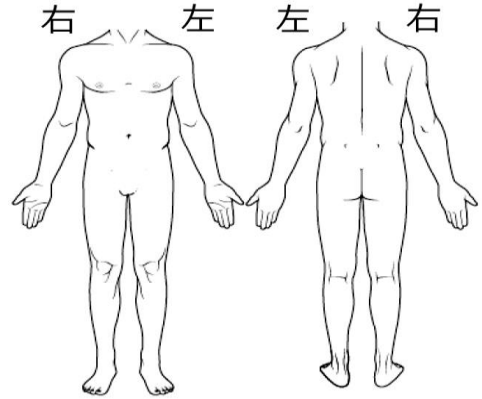
- 12, アレルギー体質といわれたことがありますか
 ない ある ()

- 13, 介護保険の申請をして認定を受けていますか
 いいえ はい → 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2) 申請中

- 14, 1ヶ月以内に渡航歴がありますか ない ある ()

※ 女性の方のみご記入ください

- ・ 現在妊娠中ですか はい いいえ ・ 現在授乳中ですか はい いいえ



(裏面もあります)

本日マイナ保険証を利用されましたか	はい ・ いいえ
はいの方 → 「診療情報取得」 に同意されましたか	はい ・ いいえ
現在、他の医療機関に通院されていますか	<input type="checkbox"/> 通院なし
<input type="checkbox"/> 通院中（医療機関	受診日 治療内容
この1年間で健診（特定健診・高齢者健診に限る）を受けられましたか	（40才以上の方のみ）
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	*マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

2023.4

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。 加算1：6点 加算2：2点
 （加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合）