

# 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 ( )

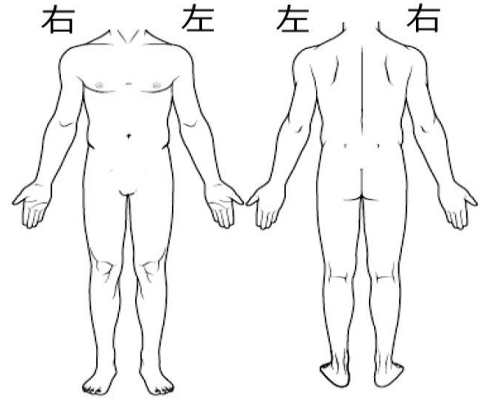
- 13, 介護保険の申請をして認定を受けていますか

- 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

2024.6

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取得加算がかかります。 加算1：3点 加算2：1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）