

[整形外科問診票] 20 年 月 日

ID:	ふりがな お名前:	年齢:
学校名:	年生	部活:
仕事内容: (安全会・労災・自賠責)		

■部位と症状:

■いつから:

■原因:

■症状が出る動作:

■今回の症状で他の病院などを受診されましたか? はい / いいえ

病院名: 受診日: 診断名:
 検査内容: お薬内容: 紹介状: あり / なし

■前回の受診以降、大きな病気や手術をされましたか? はい / いいえ

疾患名: 病院名: 実施日:

■現在服用中のお薬はありますか? はい / いいえ

「はい」の方…お薬手帳または薬剤情報をご用意ください
 お持ちでない方(薬剤名:)

■妊娠中または授乳中ですか? はい(妊娠 週・授乳中) / いいえ

■1年以内に健康診断を受けていますか? はい / いいえ
 (特定健診・高齢者健診)

■ご希望される治療方法があればご記入ください
 お薬 / 注射 / リハビリ / おまかせ / ()

■マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されますか?
 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、マイナンバー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>>(マイナンバー保険証を利用した場合)

今までにクリニックを受診されたことのある方は
 こちらの問診票を印刷していただき
 左の問診票に記載のうえ、ご持参ください

こちら側には記載しないでください