

[整形外科問診票] 20 年 月 日

ID:	氏名:	年齢:
学校名:	年生 部活:	
職業:	(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：

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（特定健診・高齢者健診）を受けていますか？
はい / いいえ

■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《6点》 加算2《2点》(マイナ保険証を利用した場合)
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(再診時)加算3《2点》

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