

[ 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<<4点>> 加算2<<2点>>(マイナ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