

ID 番号:

整形外科 問診票 記入日 20 年 月 日

ふりがな:

名前: 身長: cm 体重: kg 年齢: 歳

職業: 仕事内容: 利き手: 右 / 左

学校名: 学年: 年

部活やスポーツ: (野球の方) 右/左投げ 右/左打ち 守備: チーム名:

① 現在治療中、または過去に下記の病気をされたことはありますか? はい / いいえ

はいの方は当てはまるものに○をつけて下さい

- ・悪性腫瘍 ( )
- ・喘息 (治癒 / 治療中) (小児喘息 年前まで)
- ・薬で蕁麻疹 (薬品名 ) ・薬以外のアレルギー ( )
- ・胃潰瘍 (治癒 年前 / 治療中)
- ・高血圧 ・糖尿病 ・痛風 ・リウマチ ・脳梗塞、脳出血
- ・心臓疾患 ・ペースメーカー ・腎臓病 ・肝臓疾患
- ・婦人科 ・骨折 (部位: ) ・その他 ( )

② 感染性疾患はありますか? はい (肝炎 型・結核・その他 ) / いいえ

③ 現在、飲んでいるお薬はありますか? はい / いいえ

お薬手帳や、薬局での薬の説明書をお持ちであれば提出してください

お薬手帳などをお持ちでない方はご記入ください 薬の名前 ( )

④ 今までに手術を受けたことがありますか? はいの方は以下の質問にお答え下さい はい / いいえ

疾患名: 病院名: 年齢: 歳  
実施日 ( 年 月 日)

疾患名: 病院名: 年齢: 歳  
実施日 ( 年 月 日)

⑤ 1年以内に健康診断 (特定健診または高齢者健診) を受けていますか?  
受けている / 受けていない ( ) 年以上

⑥ 介護保険の認定を受けていますか? 要支援 / 要介護 (1・2・3・4・5) / いいえ

⑦ 妊娠の可能性はありますか? 妊娠中 ( 週目) / 授乳中 / いいえ

※現在、授乳中・妊娠中・妊娠の可能性のある方は必ず申し出てください

⑧ 喫煙歴 ある / なし

⑨ 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)

裏面へ続きます

