

ID 番号:

整形外科 問診票

記入日 20 年 月 日

ふりがな:

お名前: _____ 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・スポーツ: _____ 【野球の方】 右・左 (投げ) / 右・左 (打ち) 守備: _____ チーム名: _____

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 (治療 / 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 (治療 _____ 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 ()

① 感染性疾患はありますか? はい (肝炎 _____ 型・結核・その他 _____) / いいえ

② 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 ()

③ 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)

④ 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

⑤ 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

⑥ 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

⑦ 喫煙歴 ある / なし

⑧ 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)

裏面へ続きます

