

# 整形外科問診票

受診日 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男 女 電話番号 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

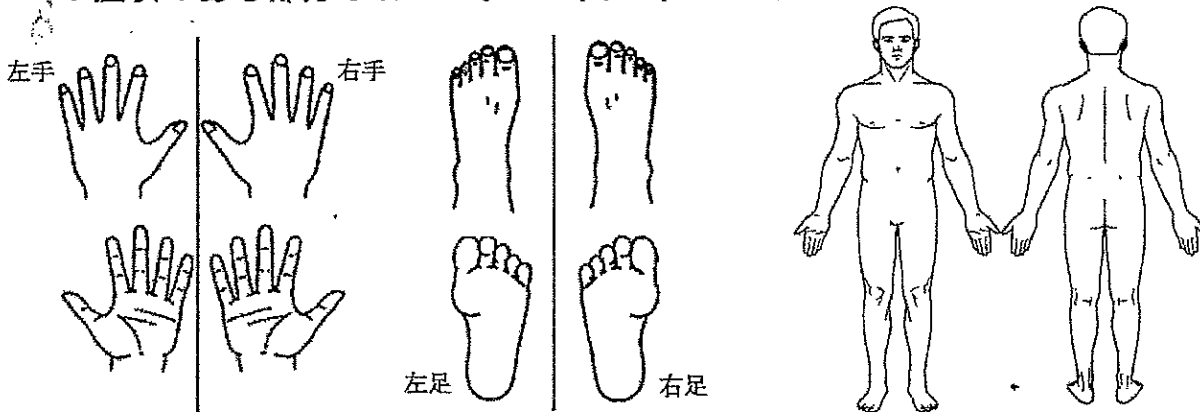
飲酒 する ・ なし 喫煙 あり ( \_\_\_\_\_ 本/日) ・ なし

※ 整形外科に受診は 初めて・久しぶり ですか?  紹介状あり

1: 今日どのような症状ですか? あてはまるものにレ点して下さい。

熱感 しびれ 腫れ 違和感 おもい 発赤 あざ 動きにくい  
痛み(動作時・じっとしていても) その他 ( \_\_\_\_\_ )

2: 症状のある部分はどこですか? 図の中に○をして下さい。



3: いつからですか ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から) もしくは ( \_\_\_\_\_ 位まえから)

4: それについて思いあたる原因はありますか?

ない ある 交通事故(自賠償) 職場・通勤(労災)  
( 詳細 \_\_\_\_\_ )

5: 上記症状で、治療を受けたことがありますか?

ない ある ( 病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )

6: 現在、治療中の病気 または、持病・ケガはありますか?

ない ある  
高血圧 リウマチ 心臓病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞  
糖尿病 ぜんそく ( その他 \_\_\_\_\_ )

7: 今までに、病気・ケガで手術などしたことはありますか?

ない ある ( 病院名・病名 \_\_\_\_\_ )

8: 現在、内服中の薬はありますか? ※お薬手帳があれば、問診票と一緒にお願いします。

ない ある ( お薬名 \_\_\_\_\_ )

9: お薬のアレルギーはありますか?

ない ある ( お薬名 \_\_\_\_\_ )

10: 女性の方へ

妊娠の可能性はありますか? ない ある(妊娠 週目) 授乳中

⇐ 裏面へ

11：この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

はい いいえ

12：マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？

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います。  
(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関となっています。)

○正確な情報と取得・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致します。

◆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)

\* 記載された内容につきましては、個人情報保護法に基づき管理させていただきます。

中田病院 整形外来