

問 診 票 (整 形 外 科)

受診年月日 20 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日
お名前			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -		職業
電話番号	①自宅 () -		③自分以外の連絡先
	②携帯 - -		- - 続柄()
介護保険	認定 (有・無) 介護度 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 無の方一介護申請を希望されますか? (はい・いいえ)		

○当院を知っていただいた理由は何ですか？

看板・紹介(お名前 様)・ホームページ・広報もりぐち・その他()

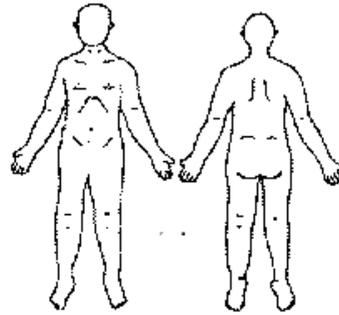
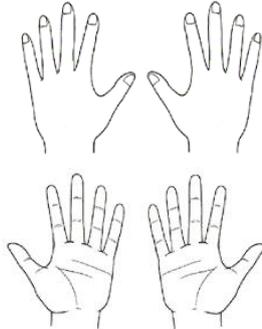
○本日は他院からの紹介状はお持ちですか? (はい・いいえ)

○マイナ保険証(保険証と紐づけされたマイナンバーカード)をお持ちですか? (はい・いいえ)

”はい”を選んだ方 → 本日の診療情報取得に同意されましたか? (はい・いいえ)

1. どうなさいましたか? あてはまる症状と具合の悪い部位にチェックしてください

・痛み(腰・肩・首・膝・手・足・関節) (いつから: 日前、今日)	
・変形している (いつから: 日前、今日)	・腫れている (いつから: 日前、今日)
・しびれる (いつから: 日前、今日)	・熱をもっている (いつから: 日前、今日)
・動かしにくい (いつから: 日前、今日)	・感覚がにぶい (いつから: 日前、今日)
・歩きにくい (いつから: 日前、今日)	・その他 ()



2. 原因は?

・転倒 ・はさんだ ・捻った ・交通事故 ・スポーツ外傷 ・不明
・その他()

3. 現在治療中の、または過去に病気や手術をされた事がありますか?

《現在治療中の病気》 ・なし ・あり

・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病
・肺疾患 ・喘息 ・その他()

薬剤名()

→おくすり手帳をお持ちの方はお出しください

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、直近1か月以内の処方薬以外は省略可

《過去にした手術》 ・なし ・あり

・ペースメーカー ・ステント ・脳クリップ ・その他()

年 月頃 病名()

その時かかられた病院名()

5. 現在お仕事をされていますか?

・はい ・いいえ
・デスクワーク ・立ち仕事 ・重いものを持つ ・中腰が多い ・車の運転が多い
・その他()

6. この1年間で健診を受診されましたか? (はい・いいえ)

※マイナ保険証による情報取得に同意頂いた方は、特定健診及び高齢者健診については省略可

”はい”を選んだ方 → 受診時期() 指摘されたこと()

7. 女性のみ ○妊娠中ですか ・いいえ ・はい ・可能性あり ○授乳中ですか ・いいえ ・はい

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。
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お願いいたします。