

フットケア問診票

令和 年 月 日

フリガナ 氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	男 ・ 女	
住所	〒	電話番号	
		携帯電話	

1. 当院を受診されたきっかけは？

- ①他院からの紹介 ②知り合いからの紹介 (様) ③当院ホームページを見て
④当院のチラシを見て ④その他 ()

2. 職業は立ち仕事ですか？ はい ・ いいえ ご職業 ()

3. 普段の靴はどのようなものを履かれますか？

- ①運動靴 ②革靴 ③パンプス ④ハイヒール ⑤安全靴 ⑥その他 ()

4. 症状に○をしてください。(痛い・滲出液が出る・巻き爪・爪の周りが赤い・その他 ()

※痛いとお答えされた方

どのような時に起きますか？ 安静時 ・ 動作時 ・ その他 ()
歩行距離や靴の種類に関係しますか？ はい (歩行距離・靴) ・ いいえ

※巻き爪とお答えされた方

深つめをよくしますか？ はい ・ いいえ
巻き爪で他の病院の治療や手術を受けた事がありますか？ はい・ いいえ
足の血流が悪いと言われた事がありますか？ はい ・ いいえ
血をサラサラにするお薬を飲まれていますか？ はい (薬剤名:) ・ いいえ

5. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください。

() 病院・医院・クリニック 紹介状 (あり ・ なし)

6. これまでに病気をしたことがありますか？ (ある ・ ない)

病名	歳	病院	現在治療中・完治
病名	歳	病院	現在治療中・完治
病名	歳	病院	現在治療中・完治

7. アレルギーはありますか？ (ない ・ ある →原因や症状)

8. 女性の方へ

- ・妊娠中ですか？ (はい ・ いいえ ・ 可能性がある)
・授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

9. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

10. マイナ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。
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)