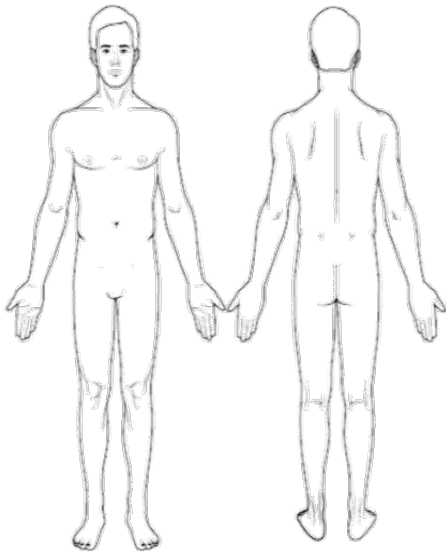


整形外科問診票

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	



- どのような症状で来院されましたか？
(痛み・しびれ・腫れている・動きにくい・その他())
- いつごろから症状は出てきましたか？
()
- 症状のある部位はどこですか《症状のある部位に〇もつけて下さい》
()
- 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？
()
- 症状が出てから変化はありましたか
(変わらない・悪化・改善)
- 安静にしても症状は出現していますか？
(はい ・ いいえ)

7. 今回の症状で他の医療期間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) 持参フィルム (あり・なし)
治療内容：(投薬・注射・リハビリ・レントゲン・MRI・その他())

8. 現在、他の医療機関で治療中、または内服中、使用中的なお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名 ()

医療機関名 ()

使用薬剤名 ()

9. 今までに大きな病気をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

病名 歳 病院 現在治療中・完治
病名 歳 病院 現在治療中・完治

10. 現在整骨院に通院されていますか？ (はい ・ いいえ)

11. アレルギーはありますか？ (いいえ ・ はい →原因や症状)

12. 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)

13. 当院を受診されたきっかけは？

- ①ご家族が当院に通院中である ②知人の紹介 ③インターネットをみて ④勤務先が近いので
⑤他の医療機関からの紹介 ⑥自宅が近いため ⑦その他 ()

14. 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)

15. 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)