

大垣整形外科 問診票

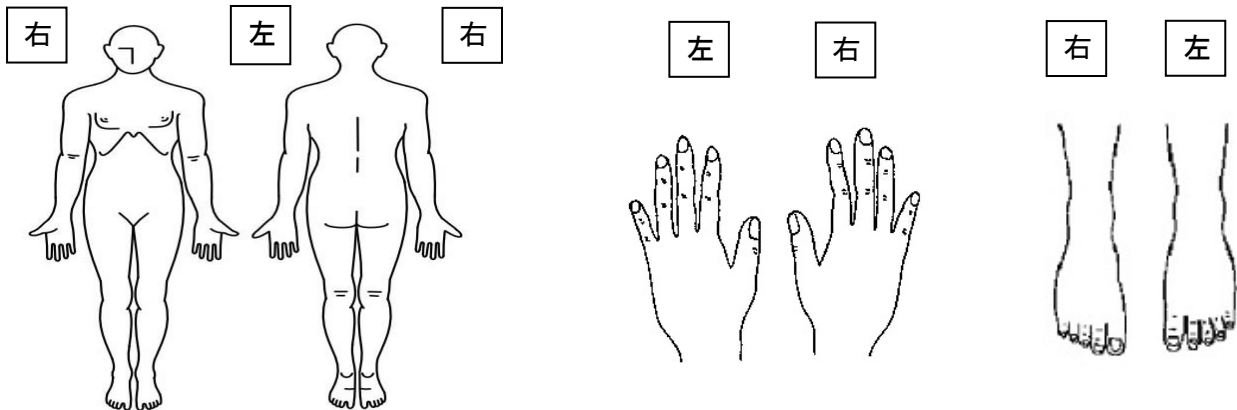
診療番号 ※当院記入欄

ID: _____

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男女	生年月日 (大正・昭和・平成・令和)	年 月 日	年齢 歳
現住所 〒				
ご連絡先 ご自宅 電話番号 緊急時 電話番号		(携帯電話番号) (氏名) (続柄)		
ご職業	身長 cm	体重 kg	本日の体温 度	
新型コロナウイルス感染の疑いがありますか? あり ・ 濃厚接触者 ・ なし				
新型コロナウイルスワクチン接種は受けていますか? 1回 2回 3回 4回 5回 目済 (年 月頃) ・ 未接種				
現在ご入院(入所)中ですか? いいえ ・ はい		紹介状をお持ちですか? いいえ ・ はい		
何が原因ですか? 自然に ・ 学校のケガ ・ その他() 仕事中(作業時 ・ 通勤途中) ・ 交通事故(通勤以外 ・ 通勤途中)				
当院に受診するのは初めてですか? いいえ ・ はい				
マイナ保険証により診療情報の取得について同意しますか? 同意する ・ 同意しない				

◆下の絵に診てもらいたいところを○で印をつけてください



◆○をつけた場所(部位)はどのような症状ですか?(あてはまるものに○)
痛み ・ 変形 ・ しびれ ・ はれ ・ 動かすと音がする ・ その他()

◆いつ頃から症状がでましたか?
年 月 日頃から、その際、何かきっかけになることはありましたか?(あてはまるものに○)
転倒(ころんだ) ・ 重たい物を持った ・ ひねった ・ スポーツ(種目:)
交通事故 ・ その他()

◆今回、受診の症状で他の病院の診察を受けたことがありますか?
はい(医療機関名: , 受診日: 年 月 日) ・ いいえ

◆どのような治療をご希望ですか？（あてはまるものに○）

薬 ・ 注射 ・ リハビリ ・ 治療方法は任せます ・ 診断書・証明書 ・ その他()

◆現在、他の医療機関に通院していますか？

はい（医療機関名： ,受診日： 年 月 日,治療内容：)

いいえ

◆これまでに、大きな病気にかかったことがありますか？(入院や手術を要する病気など)

はい（病名：) ・ いいえ

(時期： 年 月頃)(医療機関：)

(治療内容：)

◆これまでに、かかったことのある主な病気はありますか？(はいと答えたかたは口の中であてはまるものに○)

はい

糖尿病 喘息 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 高血圧 高脂血症 脳梗塞 狭心症 心臓病() 痛風

リウマチ 結核 腎臓病 肝臓病 その他() ※ペースメーカー装着(あり・なし)

※これまでに喘息と診断を受けたことがありますか？ はい (治療中 ・ 今は治療していない)

いいえ

◆これまでに薬や食物などで、アレルギーをおこしたことがありますか？

はい（原因となったもの： ,症状：)

いいえ

◆現在、処方されている薬がありますか？【本日お薬手帳はお持ちですか？ : はい ・ いいえ】

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみお書きください。

はい（薬剤名：) ・ いいえ

(用量：)

(投与期間：)

◆この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

※マイナ保険証による情報の取得について、同意されたかたのみ、記入を省略していただいてもかまいません。

はい（受診時期： 月 日, 指摘事項：)

いいえ

○学生の方に質問します

今回の受診は、学校のケガでスポーツ共済をご利用ですか？ はい ・ いいえ

○女性の方に質問します

妊娠あるいは、その疑いがありますか？ はい ・ 可能性がある ・ いいえ

※はい、可能性があると答えたかたは、受付に声をかけてください。レントゲン撮影ができない場合があります。

現在、妊娠中・妊活中または授乳中ですか？ はい:妊娠 ヶ月 ・ 妊活中 ・ 授乳中 ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。ご記入後は、お手数ですが受付窓口までお持ちください。

ご記入いただいた内容は、診療以外の目的には使用しません。

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)

※R5.12.31 までは特例措置として、加算 1 にさらに 2 点を加算いたします。

※当院記入欄

レントゲン Order (男性 女性)

問診

(2023/04/01)