

# 問 診 票

(ふりがな)  
お名前

性別：男・女 年齢（ ）歳

身長（ ）cm 体重（ ）kg

後ほど看護師が詳しく確認させていただきますが  
以下の該当する項目に☑にてご回答ください

受診日 年 月 日

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 4点(通常の保険証)・加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

## 1. マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか

はい  いいえ

## 2. この1年間で健診をしましたか(特定健診及び高齢者健診に)

はい  いいえ

## 3. 紹介状はお持ちですか はい いいえ

## 4. 検査をご希望時はチェックをお願いします( MRI 骨密度)

## 5. 症状についてお尋ねいたします

1) 症状はどこに部位にありますか右の絵に○をお願いします ➡

2) どのような症状がありますか

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 動いた時に痛みがある | <input type="checkbox"/> じっとしていても痛みがある |
| <input type="checkbox"/> しびれがある     | <input type="checkbox"/> はれている         |
| <input type="checkbox"/> 熱っぽい感じがある  | <input type="checkbox"/> できものがある       |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )    |  |

3) 症状はいつ頃からありましたか ( ) 月 ( ) 日頃)

4) 考えられる原因はありますか  ない  ある

- |  |     |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> 工作中的の負傷( 受傷日・ ) | ( ) |
| <input type="checkbox"/> 交通事故 ( 受傷日・ )   | ( ) |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )         | ( ) |

5) 職業、仕事は何をされていますか( )

6) 現在スポーツはしていますか ( ) を ( ) 年

## 6. 病歴についてお尋ねいたします

1) 現在、治療中の病気がありますか

- ない
- ある →  糖尿病  ぜんそく  心疾患  高血圧  肝疾患  腎疾患  
 人工透析  脳血管疾患  アトピー性皮膚炎  その他 ( )

2) 普段飲んでいる薬はありますか(お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出し下さい)

- ない
- ある →  心臓の薬  血圧の薬  血液をかたまりにくくする薬  血糖を下げる薬  
 浮腫(腫れ)の薬  ステロイド製剤  その他 ( )

3) 今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか

- ない
- ある → なんの病気でしたか ( )  
何処の手術をしましたか ( )

4) 術後の金属は体内に残っていますか  ない  ある (部位) ( )

## 7. アレルギーについてお尋ねいたします

1) 薬・注射などでアレルギー症状が出たことがありますか

- ない  ある・薬(注射)名( )・どんな症状( )

2) 薬物、注射以外でのアレルギーはありますか

- ない  ある → 原因は何でしたか ( )

問診票は 当院個人情報保護方針に基づき保管、記録いたします(なかむら整形外科クリニック)

前 後

