

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。***医療情報取得加算**(通常の保険証、マイナ保険証を利用して診療情報提供に同意されない場合)初診時加算1⇒3点・再診時加算3⇒2点(3月に1回)

(マイナ保険証を利用した場合、他院から紹介状をお持ちの場合)初診時加算2⇒1点・再診時加算4⇒1点(3月に1回)

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限る)

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)症状ほどこの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

