

受診日

きみづか整形外科問診票

ふりがな

氏名

男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 歳

住 所 〒 - -

固定電話 - - 携帯番号 - -

職業

マイナ保険証持参 ありなし
 紹介状持参 ありなし
 マイナ保険証による診療情報取得に同意
 (マイナ保険証持参の方) するしない
 過去1年間に特定健診が高齢者健診を受診
したしない

※下記の質問にお答えください。

1、右の図で症状のある部位に○をしてください。

2、どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれ 腫れ 動きにくい その他 ()

3、いつ頃から症状は出てきましたか？

月 日 週間前 ヶ月前 年前

4、症状が出たきっかけ・原因はなんですか？

特に原因なし その他 ()

今回の症状で他医を受診された方 ※他医受診がない場合記入不要

医療機関名 受診日 月 日

治療内容

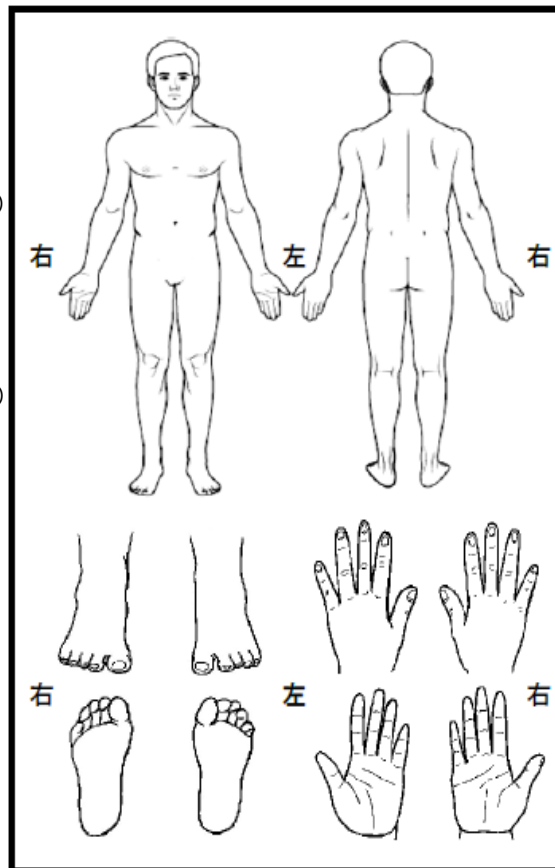
以下に該当する場合は、ご記入ください。

交通事故 労災(業務中・通勤中・公務災害)

※労災の方は()内の該当するものに○をしてください

事故日または受傷日: 月 日

※警察・会社等への診断書が要る方は先生に申し出てください。



5、現在、治療中の病気をお答えください。

なし 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳梗塞 腎臓病 痛風 喘息 胃潰瘍
その他 ()

6、現在、内服している薬をご記入ください。お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください。

なし 内服中のお薬 ()

7、過去に手術を受けた事がありますか。

なし ある 手術名(:昭・平・令 年)手術名(:昭・平・令 年)
手術名(:昭・平・令 年)手術名(:昭・平・令 年)

8、薬や食べ物でアレルギーはありますか。

なし ある 薬() 食べ物()

※女性の方へ 妊娠中(ヶ月) 授乳中

骨密度測定(骨粗鬆症など心配な方)…ご希望の方は欄にチェックしてください。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

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1:6点(マイナ保険証利用なし) 加算2:2点(マイナ保険証利用)