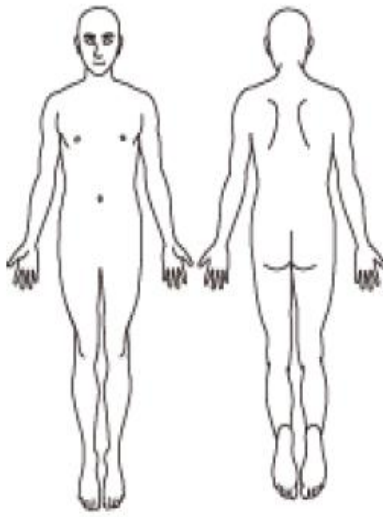


# 整形外科 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
ご住所 〒 -		
電話番号 自宅 ( )	携帯 ( )	
ご家族の連絡先(緊急時) お名前( ) 続柄( )		
電話番号 ( )		

1. いつからはじまりましたか ( 年 月 日)	
2. どこにどのような症状がありますか (どこ： ) (どのような： )	↓症状のある所に○を付けてください↓ 
3. 思い当たる原因はありますか ( )	無 / 有
4. この症状に対して他院や接骨院で治療を受けたことがありますか (医療機関名： ) (治療内容： )	無 / 有
5. 今まで大きな病気、けがで入院・手術をしたことはありますか (いつ： 内容： )	無 / 有 (手術・入院)
6. 今まで、または現在治療中の病気はありますか	無 / 有 →以下へチェックまたは記入
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> がん(部位： ) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他( )	
7. アレルギーはありますか ( )	無 / 有
8. 女性の方へ、現在妊娠中又は授乳中ですか	はい    いいえ
9. 体内に金属(ペースメーカー、ステント、人工関節など)が入っていますか (いつ： どこで： )	無 / 有
10. 要支援・要介護度区分 (要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5 )	無 / 有

◎当クリニックは、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、マイナ保険証の活用にご協力お願いいたします。

◆医療情報取得加算 初診時：1点 再診時(3月に1回)：1点

よねもと整形外科