

受診日 年 月 日

問診票

ID:

ふりがな		性別	生年月日(西暦)	年齢
名前		男・女	年 月 日	歳 (学年 年)
住所 〒 _____				
都道府県		市郡区		
電話番号 自宅()		携帯 本人() 保護者()		
身長 cm	体重 kg	利き手 右・左	スポーツ チーム	
職業	内容 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()			

診療についてご希望があれば教えてください ※ご希望に添えない場合もございます

<input type="checkbox"/> 特になし(一般整形外科)	<input type="checkbox"/> スポーツ整形外科	<input type="checkbox"/> 専門医診療(脊椎・膝・足・肩・手肘)
<input type="checkbox"/> 希望あり	<input type="checkbox"/> 医師のご希望あり(医師)	
※ 右の項目をご記入ください <input type="checkbox"/> リハビリテーションのご希望あり(スポーツ・一般)		

症状について記入してください

いつから 年 月 日頃から
どんな症状ですか
 痛み 痺れ 脱力 屈伸できない 変形
 腫れ 熱感 その他()

思い当たる原因はありますか

交通事故やお工作中的のケガですか
はい(工作中・通勤途中・交通事故) いいえ
労災・自賠責をお使いになりますか → はい・いいえ

現在の痛み、症状の辛さはどの程度ですか
直線の見盛りに印をつけてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
これまで経験した最も強い痛みを10とするとどのあたりですか

症状がある部位を○で囲ってください

今回の症状で他の医療機関または治療院を受診しましたか

<input type="checkbox"/> はい	医療機関または治療院	受診日	年 月 日
<input type="checkbox"/> いいえ	診断名、治療・処置内容	(おおよそ 年前)	
		紹介状	有・無
		MRI・CT	有・無
有に○を付けた方は受付にご提出ください			
<input type="checkbox"/> アレルギー(薬・食物・花粉症・アトピー・金属・その他)		タバコ <input type="checkbox"/> あり (本/日) <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> 糖尿病		お酒 <input type="checkbox"/> あり (回/週) <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症		女性の方へ	
<input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()		妊娠中または妊娠の可能性ありますか	
かかりつけ医療機関()		<input type="checkbox"/> はい(週) <input type="checkbox"/> いいえ	
おくすり手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		授乳していますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

裏面もご記入お願い致します。

本日マイナンバーをお持ちですか はい いいえ

はいと答えた方は下記の質問にお答えください

マイナ保険証による診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意しますか

はい いいえ

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 】 マイナ保険証を利用しない場合:加算→6点

マイナ保険証を利用した場合:加算→2点

**ご記入ありがとうございました。
書き終わりましたら問診票を受付までお願いいたします。**

※MRI・CT・紹介状をお持ちの方は受付にご提出お願いいたします。