

年 月 日

## 問診票（整形外科）

- マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ  
●他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい・いいえ

お名前	ふりがな	年齢		生年月日
		歳	男・女	(大・昭・平・令) 年 月 日
住所	〒 (       -       )		携帯：	自宅：

①今日は何でお悩みですか？（複数回答可）

- 痛い    腫れている    しびれ    変形  
動かない    傷がある    その他 (       )

②症状があるところに○を付けて下さい

③原因となるきっかけはありましたか？

- 転倒    ひねった    スポーツでの怪我や痛み  
仕事中のケガ    原因不明    その他 (       )

④症状はいつ頃からありますか？

(    年    月    日頃から)

⑤今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

- いいえ    はい→医療機関名 (       )

⑥ご希望の検査や治療などありますか？

- レントゲン    リハビリ    骨密度（骨粗鬆症）    注射    診断書

⑦これまでにかかったことのある病気、現在治療中の病気はありますか？

- ない    ある→高血圧、糖尿病、肝臓病、喘息、胃潰瘍、痛風、腎臓病、心臓疾患、脳卒中  
ペースメーカー、その他 (       )

⑧定期的に内服している薬はありますか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては直近一ヶ月以内の処方薬を除き、記載は不要です

- ない    ある→ (       )

⑨今までに注射やお薬で体に異常（アレルギー）が起きたことはありますか？

- ない    ある→ (       )

⑩この一年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

- なし    ある    ※マイナ保険証による情報取得に同意した患者さんについては記載は省略可能です

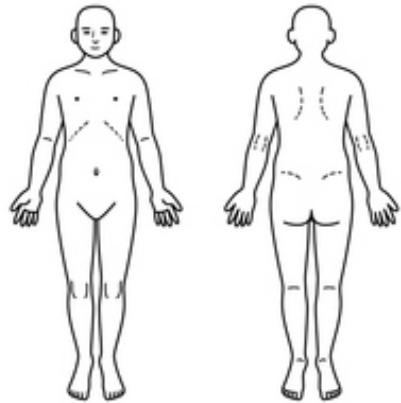
⑪女性の方へお聞きします

妊娠中または妊娠の可能性はありますか？    ない    ある

授乳中ですか？    いいえ    はい

⑫当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- 家族や知人の紹介    通勤・通学の通り道    広告・看板をみた  
ホームページ    他の医療機関から紹介    その他 (       )



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（従来の保険証） 加算 2 2 点（マイナ保険証を利用した場合）