問診票

健保　労災　自賠責　第三者

ふりがな ……

ID　　年　月　日

お名前　　年齢　歳　身長　cm　体重　Kg

住所　〒　－　　生年月日　年　月　日

電話　（　）

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。

・マイナ保険証による診療情報取得に同意していただけますか？　□同意します　□同意しません

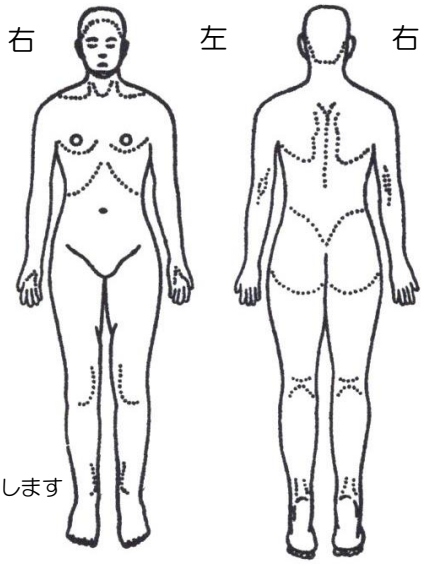
※医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）同意なし：1 点、同意あり：1 点　　マイナ保険証　有・無

1.①本日、診察を受ける部位はどこですか？

※紹介状や画像データ、医師に渡したい書類等お持ちの方は、あらかじめ受付にお出しください

□首　□背中　□腰　□肩　□肘　□手首　□手　□股関節

□膝　□足首　□足　□その他（　）



②思い当たる原因はありますか？

□外傷（ケガ）→　□仕事中　□通勤中　□仕事や通勤中ではない

受傷日　月　日

□外傷以外

どのような症状ですか

□痛み　□しびれ　□動きが悪い　□力が入らない　□腫れている

□その他（　）

③受診に至るまでの経過をご記入下さい　※経過の長い方はできるだけ詳細にお願いいたします

2. これまでにかかった病気はありますか？　□なし　□あり

□心筋梗塞　□不整脈　□糖尿病　□気管支喘息　□腎機能障害　□高血圧症　□高脂血症

□その他（　）

3. 現在服用中のお薬はありますか？□なし　□あり（**＊お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください**）

4. 血液が固まりにくくなるお薬は飲んでいますか？　□なし　□あり（　）

5. お薬や局所麻酔薬のアレルギーはありますか？　□なし　□あり（　）

6. これまでに手術や体内に金属を留置するような治療を受けたことはありますか？

体内金属　□なし　□あり

□ペースメーカー　□脳動脈クリップ　□心臓・血管ステント　□人工関節　□骨折手術のプレート等

□その他　（部位：　）

手術		施行年月日	年　月　日	医療機関	
			年　月　日		

7. 65 歳以上の方は介護認定を受けていますか？　□なし □あり（要支援 1・2/要介護 1・2・3・4・5）

8. 女性の方は右に該当はありますか？　□妊娠の可能性あり　□妊娠中　□授乳中　□該当しない

医療法人鈴樹会　上永谷整形外科