

受診日 2023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
住所 〒 _____				
都道		市郡		
県府		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

交通事故やお仕事中のケガですか
あてはまるものに○を記入してください
はい (工作中・通勤途中・交通事故) _____ いいえ _____

症状がある部位を○で囲ってください

右 左 左 右

現在の痛み、症状の辛さはどの程度ですか

直線の目盛りに印をつけてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

これまでに経験した最も強い痛みを10とするとどのあたりですか

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 _____	受信日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (およそ _____ 年前)
<input type="checkbox"/> いいえ	診断、治療・処置 _____	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	お酒 <input type="checkbox"/> あり (_____ 回/週) <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 体内金属	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	
<input type="checkbox"/> 高血圧	
<input type="checkbox"/> 心臓疾患	
<input type="checkbox"/> 高脂血症	
<input type="checkbox"/> 腎疾患	女性の方へ
<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。

マイナンバーをお持ちですか はい いいえ

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1→6点

マイナ保険証を利用した場合：加算2→2点

【 再診 】 マイナ保険証を利用しない場合：加算3→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。