

問診票

令和 年 月 日

ふりがな		男・女		生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名				歳	年 月 日
ご住所	〒				
電話番号	① - - ② - -				
職業/学年		身長		cm	体重
					kg
どうなさいましたか	<ul style="list-style-type: none"> ・痛み ・動かない ・骨粗しょう症が気になる ・その他 () 			<ul style="list-style-type: none"> ・はれ ・違和感がある ・しびれ ・しこり ・歩行困難 	
それはいつからですか	※症状がある部位に印をつけてください				
思い当たる原因はありますか					
上記の内容は交通事故や労災予定ですか	・いいえ	<ul style="list-style-type: none"> ・交通事故 → 相手がいる ・いない ・労災予定 → 仕事中 ・通勤中 			
介護保険の認定を受けていますか	・いいえ	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援 (1 ・ 2) ・要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 			
受たい検査・治療などありますか	・いいえ	・はい	<ul style="list-style-type: none"> ・MRI ・リハビリ ・薬の処方 ・診断書 ・リウマチ検査 ・骨折治療(超音波) ・骨粗しょう症検査 		
骨密度の検査をしたことがありますか	・いいえ	・はい	()ヶ月前くらい	()年前くらい	
現在、他の医療機関に通院していますか	・いいえ	・はい	医療機関名: _____ 受診日: _____		
※上の質問で「はい」と答えた方へ その医療機関では どのような治療をしていますか		<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・痛風 ・腎臓病 ・肝臓病 ・心臓病 ・脳卒中/脳梗塞 ・リウマチ ・膠原病 ・癌/悪性腫瘍(部位:) ・心療内科疾患 ・その他 () 			
これまでに大きな病気 (入院や手術を要する病気等)に かかったことはありますか	・いいえ	・はい	病名: _____ 時期: _____ 頃 治療内容: _____		
これまでにアレルギーを 起こしたことはありますか	・いいえ	・はい	<ul style="list-style-type: none"> ・牛乳 ・卵 ・アルコール ・ヨード ・ラテックス/ゴム ・薬剤() 		
※上の質問で「はい」と答えた方へ どのような症状がでましたか		アレルギーの症状: _____			
妊娠中または授乳中ですか	・いいえ	・はい	[妊娠中 ・ 授乳中]		・わからない
ご家族の当院受診はありますか	・いいえ	・はい	(氏名: _____ 続柄: _____)		

裏面のご記入もお願いします

↓ 下端をめくって下さい ↓

現在、処方されているお薬はありますか	・いいえ	・はい ※マイナカードやお薬手帳がない方は、薬剤名の記入もお願いします。 薬剤名：_____
お薬手帳はお持ちですか	・いいえ	・はい ※「いいえ」を選んだ方 → 手帳不要 ・ 作成希望
お薬手帳に貼るシールを希望されますか	・いいえ	・はい
※マイナ保険証ご利用の方へ 診療情報取得に同意されましたか	・いいえ	・はい
※マイナ保険証未使用の40歳以上の方へ この一年間で健診を受診しましたか	・いいえ	・はい 受診時期：_____頃 指摘事項：_____

○当院は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得・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。
○マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することでより質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証の積極的なご利用にご協力ください。
※上記の情報は、個人情報として慎重に保管を行い、診療目的以外に利用いたしません。

みやけ整形外科
院長 三宅智