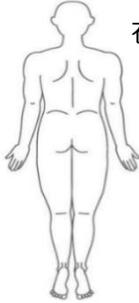


# 問診票

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"> <li>・痛み</li> <li>・動かない</li> <li>・骨粗しょう症が気になる</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・はれ</li> <li>・違和感がある</li> <li>・歩行困難</li> </ul>	
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 右  左  右	
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	・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	・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	・MRI ・診断書 ・骨粗しょう症検査 ・リハビリ ・リウマチ検査 ・薬の処方 ・骨折治療(超音波)		
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	・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	・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