

整形外科 問診票

診療日
令和 年 月 日

医師確認欄

氏名() 年齢() 男・女

生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

1. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？

同意した 同意していない マイナ保険証を利用していない

2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

持っている 持っていない

3. 健康診断や人間ドックを毎年受けていますか？

受けている 受けていない

症状を詳しく教えてください。

4. いつから具合が悪いですか？または、ケガをしたのはいつですか？

5. 痛いのはどこですか？

症状があるところに○をつけてください。

6. どのように痛みますか？

7. アレルギーはありますか？

なし・あり()

8. 現在、他の病院に受診していますか？

なし・あり()

9. 現在、飲んでいる薬がありますか？ お薬手帳を見せて下さい。

なし・あり()

10. 悪性の病気の場合告知を希望されますか？

はい・いいえ

11. 今まで入院・手術などしたことがありますか？

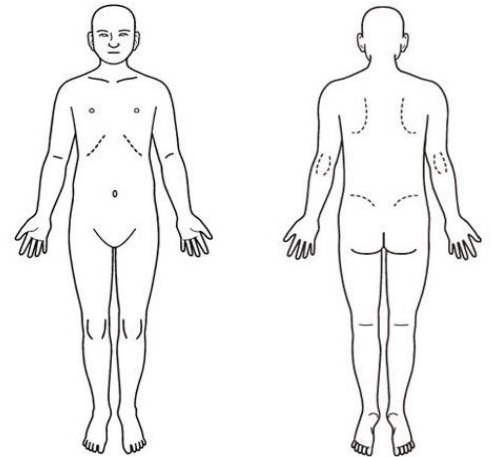
いいえ・はい()

12. 既往歴はありますか？

いいえ・はい()

13. 現在妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい 「はい」の方→ 妊娠週数 週 日



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 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)