

# 整形外科問診票

記入日 年 月 日

|             |                  |                  |                        |
|-------------|------------------|------------------|------------------------|
| ふりがな<br>氏 名 | 男<br>女           | 生<br>年<br>月<br>日 | ( 歳 )<br>大・昭・平・令 年 月 日 |
| 住 所         | 〒 アパート・マンション名 号室 |                  |                        |
| 自宅電話番号      |                  |                  | 介護保険<br>有 無 不明         |
| 携帯電話番号      | 続柄( )            |                  |                        |

**\* 予約診察の患者さんを優先しますのでお待ち頂くこともありますが、何卒ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。**

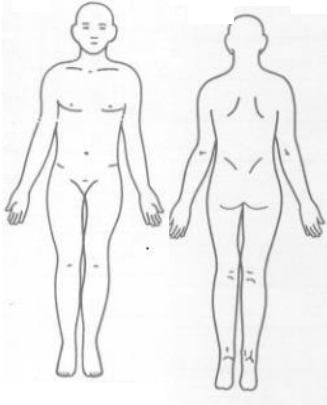
1. 症状について記入して下さい。

★いつ頃からありますか？( 年 月 日 時頃から)

★症状のある場所に○をつけてください。 ★どのような症状ですか？

㊤ ㊦ ㊨ ㊩

☐ 痛い ☐ 腫れている ☐ しびれる  
☐ 力が入らない ☐ その他( )



**\* 痛い・しびれるを選んだ方は数字を○してください。**

①電気ショックのような急激な痛み発作が起きることはありますか？

0一度もない 1ほとんどない 2少しある 3ある程度ある 4激しい 5非常に激しい

②痛みのある場所にしびれを感じますか？

0一度もない 1ほとんどない 2少しある 3ある程度ある 4激しい 5非常に激しい

★原因として思い当たることがありますか？

☐ 交通事故 ☐ 労災事故 ☐ 特にない ☐ それ以外( )

★同じ症状で、他の病院を受診したことがありますか。

☐ はい(病院名: ) ☐ いいえ

※紹介状がない場合は診察できない可能性があります。

2. 今まで治療を受けたことのある病気があれば記入して下さい。

病名 病院名 いつ頃 年 月から

病名 病院名 いつ頃 年 月から

※おくすり手帳の提出をお願いします。

3. アレルギーについてお聞きします。

★今までに薬疹がでたり、身体に合わなかった薬などがありますか？

☐ ある (薬の名前: ) ☐ いいえ

4. 女性の方のみ 現在妊娠していますか？ はい いいえ わからない

現在授乳していますか？ はい いいえ わからない

\* ありがとうございました。

済生会西条病院

## マイナンバーカードの健康保険証(マイナ保険証)に関する問診票

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。  
◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

1. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか？ 【はい・いいえ】  
「はい」とお答えの方は、2の質問は回答不要です。
2. この1年間で特定健診(メタボ健診)または自治体健診を受診しましたか？ 【はい・いいえ】  
「はい」とお答えの方、受診時期、指摘されたことをお教えてください。
3. ほかの医療機関からの紹介状は持っておられますか？ 【はい・いいえ】

以下の項目は、通常の間診票にお答えいただければ記載は不要です。

4. 現在、ほかの医療機関に通院しておられますか？ 【はい・いいえ】  
「はい」とお答えの方、医療機関、受診開始日、治療内容をお教えてください。  
(お薬手帳をご持参でしたら、ご提示ください。)