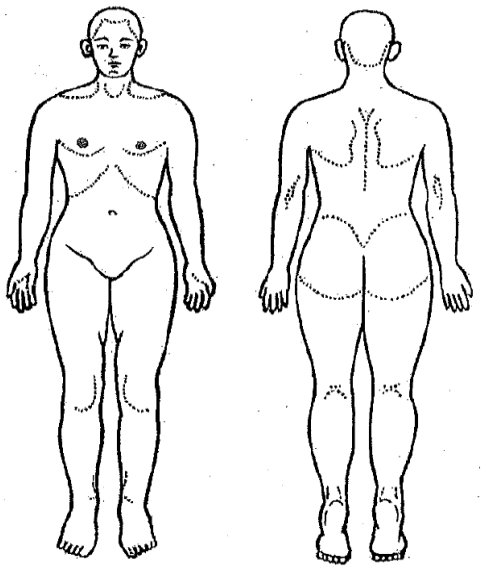
ID:

問診票　（整形外科）

フリガナ
氏　名　　年齢　　歳（男・女）　受診日　　年　　月　　日

1	マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか。 ☐ いいえ　☐ はい 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まいります。 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致します。
2	他の医療機関からの紹介状はありますか。☐ いいえ　☐ はい
3	 該当する部位に〇をつけてください ☐痛い　☐しびれる　☐腫れている ☐その他（　　） ・いつから始まりましたか（　　） ・思い当たる原因はありますか ☐ない ☐ある（　　） ・どんな動作が辛いですか ☐歩く　☐正座　☐階段の上り ☐階段の下り ☐その他（　　） ・今まで　その治療を受けたことがありますか ☐なし ☐あり（医療機関名　　）
4	今までに何か病気にかかったり、手術を受けたことはありますか。 ☐糖尿病　☐高血圧　☐高脂血症　☐心臓病　☐脳梗塞・脳出血　☐肝臓病 ☐腎臓病　☐甲状腺　☐血液疾患　☐自己免疫疾患　☐てんかん　☐精神疾患 ☐悪性腫瘍 ☐手術　（　　） ☐その他　（　　）
5	現在、内服中のお薬はありますか。 ☐ いいえ☐ はい 「はい」の方 ・・・「お薬手帳」を受付に提示していただければ記入を省略して構いません。 医療機関名：　　投薬内容：
6	今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。 ☐ いいえ☐ はい　（薬　　）　食べ物（　　）
7	直近1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受けましたか。 ☐ いいえ☐ はい　時期（　　）　指摘事項（　　）
8	両親、兄弟（血縁）で大きな病気を患った方がいらしたら☑してください。 ☐糖尿病　☐高血圧　☐心臓病　☐脳梗塞・脳出血　☐肝臓病　☐腎臓病 ☐甲状腺　☐血液疾患　☐自己免疫疾患　☐てんかん　☐精神疾患 ☐悪性腫瘍（　　）
	女性の方のみご記入ください。　・現在妊娠中（　　週） ・最終月経（　　年　　月　　日）・既に閉経されている方は何歳頃ですか（　　歳）