**整形外科問診表**

受診日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　前（フリガナ） | 性別 | 生年月日 | 身長 | 体重 | 職業 |
|  | 男・女 | 　年　 月 　 日　　歳 | cm | kg |  |
| 住　所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：（　　　　　）　　　　－≪症状のある部位に○をつけて下さい≫ |



1. どのような症状で来院されましたか？

□痛い　□しびれる　□腫れ　□動きにくい□その他（　　　　）

＊症状のある部位はどこですか？

□頸椎（首）　□背部　□腰椎　□膝（右・左）

□肩（右・左）□足首（右・左）□その他→図へ

1. いつごろから症状は出てきましたか？
	* 年　　　月　　　日　から
2. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？

□交通事故　□仕事中　□特に原因なし　□その他（　　　　　　　　　　）

1. 今回の症状で他の医療機関を受診されていればお答えください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）病院・医院

治療内容：□投薬　□注射　□物療　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

検　　査：□レントゲン　□ＭＲＩ　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在治療中の病気があればお答えください。

□高血圧　□糖尿病　□心臓病（狭心症・不整脈など）　□脳梗塞　□腎臓病　□喘息　□胃潰瘍

□高脂血症　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□治療中の病気はない

1. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがあればお答えください。

手術名（　　　　　　　　　　　　：　　　　年）（　　　　　　　　　　　　　　：　　　　年）

1. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答えください。

□ある：薬（　　　　　　　　　　　　　　）　食べ物（　　　　　　　　　　）　　□ない

1. 女性の方へ：妊娠している可能性がありますか？

□はい　　□いいえ

マイナ保険証による診療情報を取得することに同意する。　□はい　□いいえ

この1年間で特定健診、高齢者健診を受診しましたか　　　□受診した　□受診していない

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お願い致します。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

加算1：6点（マイナ保険証を使用しない場合）　加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）