

整形外来問診票

記載日 令和 年 月 日

記入者：_____ 関係：_____

ふりがな：_____ 年齢： 歳 性別 男 女

お名前：_____ 職業： (_____)

住所：_____

携帯番号： (_____) 自宅電話番号： (_____)

身長：_____ cm 体重：_____ kg

スポーツ歴： なし あり 種目：_____ 運動歴：_____ 年

※ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

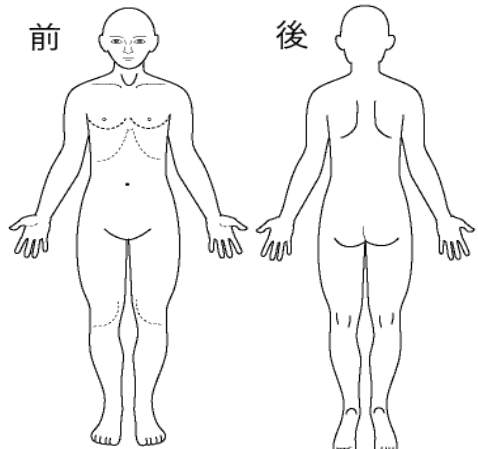
※ この1年間に検診（会社健診、特定健診、高齢者健診等）を受けましたか？ はい いいえ

1. 本日の受診理由（症状で一番気になっていること）についてお書きください。 ☆紹介状持参 あり なし

2. いつからですか

3. 思い当たること： あり なし

ありの場合具体的に：転倒、捻った など



前 後

痛み、痺れ、腫れなどの部位や気になる所を○で囲んでください

4. 上記の内容で他の病院を受診されましたか？ いいえ はい

はい（病院名： _____ 診断名： _____）

（治療法： お薬の内服 注射 リハビリ その他： _____）

5. 現在治療中の病気はありますか いいえ はい（下記の病名に☑を付けてください）

高血圧 糖尿病 がん 腎臓病 脂質異常症 心疾患 不整脈

リウマチ 整形疾患 胃腸疾患 前立腺肥大 認知症 肝臓疾患 婦人科疾患

呼吸器疾患 その他 (_____)

6. 内服中の薬はありますか？ なし あり (_____)

※ お薬手帳をお持ちの方は、先に受付にご提出ください。

7. 過去の病気、手術歴 なし あり (_____)

8. 薬や食べ物、湿布のアレルギー なし あり (_____)

9. MRI検査希望 なし あり (_____)

10. ペースメーカー なし あり（病院名： _____）

11. 女性の方へ 妊娠していない 妊娠している（妊娠 ヶ月） 不明

裏面の記入もお願いします

12. 現在、通院中の医療機関はありますか？ いいえ はい（下記に医療機関名をお書きください）

はい（病院名： _____ 診断名： _____）

（治療法： お薬の内服 注射 リハビリ その他： _____）

13. その他、自由記載

[_____]

介護保険について、可能な限りご記入をお願いいたします

1. 介護保険を申請していますか？

未申請 申請中：（申請医療機関名： _____）

申請済（ 要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当）

2. 介護保険を利用していますか？ なし あり（利用されている介護サービスを教えてください）

通所サービス（ デイサービス（リハビリはしていない） デイケア（リハビリをしている））

訪問サービス（ 訪問リハビリ 訪問介護（ホームヘルパー）

その他サービス（ _____ ）

3. お住まいについて教えてください

1人暮らし 配偶者と2人暮らし

その他家族有り [_____]

4. 下記に該当があれば、ご担当者名、連絡先をお書きください

ケアマネ： _____ 電話番号：（ _____ ）

かかりつけ医： _____ 電話番号：（ _____ ）

地域包括： _____ 電話番号：（ _____ ）

生活保護ケースワーカー： _____ 電話番号：（ _____ ）

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。