

問診票(整形外科)

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	年齢	希望する医師名
様		

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？

- はい
いいえ

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・活用するために、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 (マイナ保険証を利用しない場合)
●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

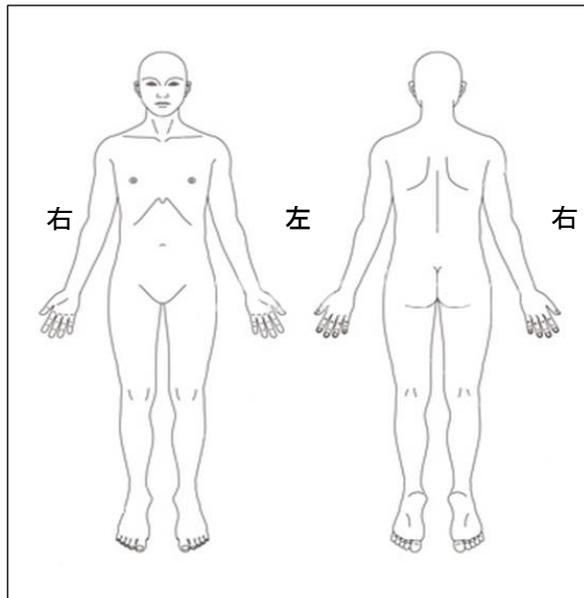
2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ はい

3. 本日はどのようなことで受診されましたか？

下記の症状に○をつけて下さい

- ※痛み しびれ はれている 変形(形が変わった)
※交通事故 シートベルト着用 有・無
エアバック作動 有・無
※その他

症状がある部位に○を付けて下さい



①その症状はいつからありますか？

②思い当たる原因があればお書き下さい。

③上記症状で他院に受診されましたか？

4. 現在、他の病院に通院されていますか？ いいえ はい

また、処方されている薬はありますか？ いいえ はい *お薬手帳 持参あり 持参なし

※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です

(病名) (病院名) (薬名 1日 回 日分)
(病名) (病院名) (薬名 1日 回 日分)

5. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ いいえ はい

(年齢 : 病名:)

6. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？

いいえ はい (いつ: 指摘事項:)

7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？

薬 : いいえ はい () 金属 : いいえ はい ()
食べ物 : いいえ はい ()

8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ していない している 可能性がある

授乳中ですか？ いいえ はい

9. 喫煙・飲酒についてお答えください

喫煙 吸わない 吸う(本/日、喫煙歴 年) 以前吸っていた(本/日、喫煙歴 年)
アルコール 飲まない 飲む(何を どれくらい)

10. 最近の身長・体重を教えてください

身長 _____cm 体重 _____kg