問　診　票

整形外科 北新病院

記入日:　　年　　月　　日

フリガナ		性　別	介護認定の有無
氏　　名	様	男・女	□ なし　□ あり
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳		
住　　所	〒　　－		
電　　話	［自宅］　　－　　－	会社名	
	［携帯］　　－　　－	電話番号	
◇ マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？		□ はい	□ いいえ
◇ 1年以内に特定健診・高齢者健診を受けましたか？ 健診を受けた時期・指摘事項など（　　）		□ はい	□ いいえ

1.今日はどうされましたか？（症状に〇をつけてください。複数可）

痛み　　腫れ　　傷　　しびれ　　しこり　　変形

その他:

2.それはいつからですか？

年　　月　　日

3.原因は何ですか？（〇をつけてください。複数可）

原因不明　　外傷（ ひねった ・ ぶつけた ・ その他 ）

交通事故　　労災　　学校

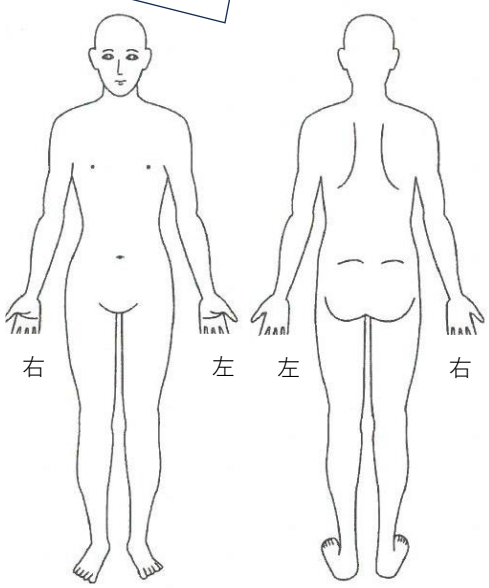
その他

4.今日の症状の事で当院以外の医療機関に受診しましたか？

はい （医療機関名:　　）・ いいえ

＊紹介状はお持ちですか？　はい　・　いいえ

症状がある部位を
〇で囲んでください



5.お仕事の内容をお聞かせください

事務系　　運転手　　営業　　販売員　　無職

建築土木関係　　学生　　主婦　　その他（　　）

6.過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

はい　・　いいえ　（医療機関名:　　）

高血圧　　糖尿病　　脂質異常症　　喘息　　骨粗しょう症　　脳疾患　　腎臓病　　リウマチ

甲状腺疾患　　肝臓病　　がん　　婦人科疾患　　痛風　　精神疾患（　　）

心臓病 （ ペースメーカー 有 ・ 無 ） ※ 抗凝固剤の内服: 有 ・ 無　　その他（　　）

7.本日　お薬手帳をおもちですか？

はい　・　いいえ

8.現在、処方されているお薬はありますか？

はい　・　いいえ

9.今までお薬を飲んで、アレルギーなど副作用が出た経験はありますか？

なし　・　あり →薬剤名（　　）

10.女性の方…現在妊娠・その可能性がありますか？　はい ・ いいえ　　授乳中ですか？　はい・いいえ

11.その他、何かご希望などございましたらご記入ください。

MRI　・　骨密度　・　その他（　　）

◇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≫

マイナ保険証：初診1点、再診1点

従来の保険証：初診3点、再診2点