

問 診 票

ID

ふりがな		大・昭・平・令 年 月 日生(才)	
氏 名		男 ・ 女	
住 所 〒		自宅電話番号	
		携帯番号(本人 ・ 本人以外)	
身長	cm	体重	kg
			(続柄)

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おります。

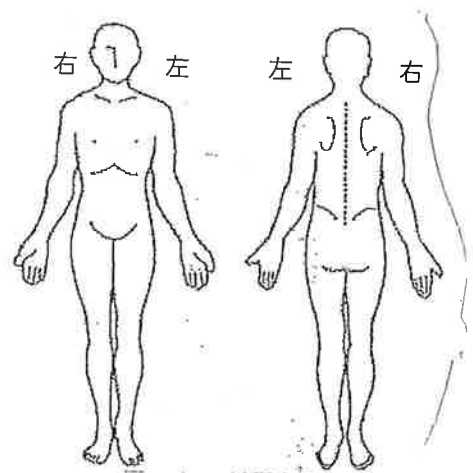
正確な情報取得・活用するため「マイナ保険証」の利用にご協力お願いいたします

- ◆医療情報・システム基盤整理体制充実加算(初診時)加算①6点(従来保険証利用)加算②2点(マイナ保険証利用)
- ◆医療情報・システム基盤整理体制充実加算(再診時)加算①2点(従来保険証利用)加算②0点(マイナ保険証利用)

上記確認の上 マイナ保険証の利用について 同意する 従来保険証利用

■ 本日も来院されたきっかけ・目的などについて該当事項にご記入ください

- ①交通事故 ②スポーツ外傷()
- ③仕事中の事故 【 労災(使用 / 不使用)】
労災連絡先(会社名/ 電話番号)
- ④股関節脱臼検査 ⑤その他()



■ いつ頃からどのような症状がありますか？

年 月 日から

【 症状 】

■ この症状で現在あるいは以前に治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方 病名 病院名(治療法) ()

■ 今までにかかった病気または現在治療されている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

高血圧 胃潰瘍 心臓病 喘息 糖尿病 腎臓病 脳疾患 その他()

「はい」とお答えの方 病名 病院名(治療法) ()

■ 今までに手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方 年 月 手術名

■ 現在、内服中のお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

お薬手帳 (有 ・ 無 ・ 忘れ)()

■ 薬物・食物アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

薬・食物の名前()

■ 該当される女性のみお答えください

妊娠中 (はい ・ いいえ) 授乳中 (はい ・ いいえ)

裏面のアンケートにご記入ご協力頂きますようよろしくお願いいたします

アンケートにご協力ください

十勝整形外科クリニックをどのようにして知りましたか？

- 新聞広告を見て
- 知人・家族からの紹介
- 家または職場が近所なので
- インターネット・ホームページを見て
- 電話帳を見て
- 看板を見て
- 病院からの紹介
- その他 ()

ご協力ありがとうございました。