

整形外科 問診票

【名前

】

年

月

日

1. 本日は、どうされましたか？

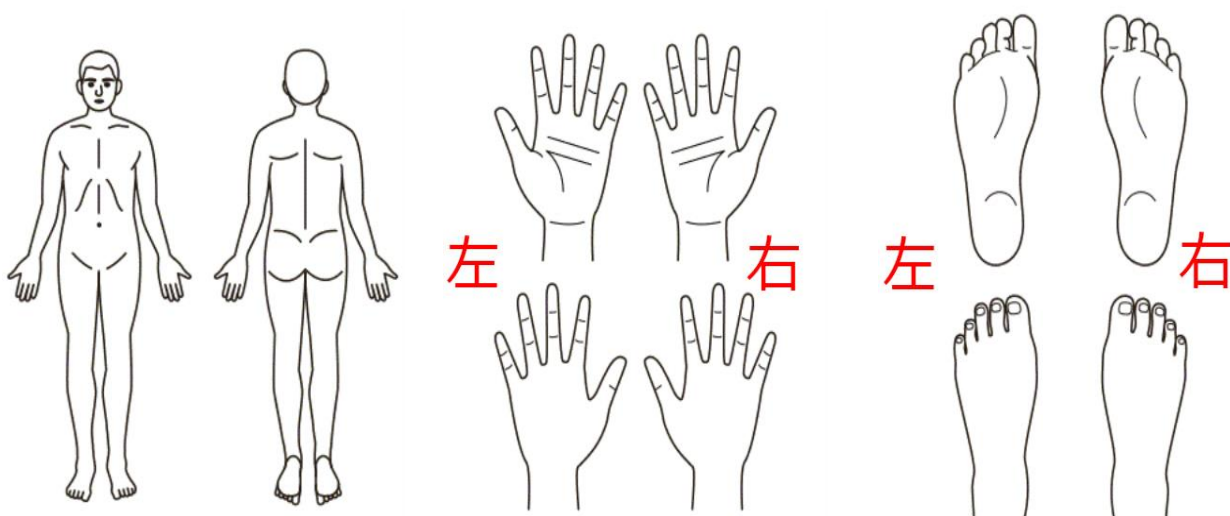
いつから：

部位：

症状：

原因はありますか：

★具合の悪いところを図に示してください



2. 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある （ ）

3. いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある （ 内容： ）

4. 血がとまりにくくなる薬を服用されてますか？（バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど）

ない ある （ 内容： ）

5. 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある （ ）

6. アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど）

ない ある （ ）

→裏面もあります

7. 女性の方のみご記入ください。

① 現在、妊娠の可能性はありますか？ （ ある ない わからない ） 最終月経 月 日

② 現在、授乳中 （ はい：産後 年 か月 ）

③ 現在、ピル・女性ホルモンを服用されていますか？（はい：内容 ）

8. 社会資源（訪問看護・通所リハビリ・短期入院サービス・デイサービス・ヘルパーなど）の利用がある場合

利用： ない ある （利用内容： ）

在宅療養手帳： ない ある

介護認定度：（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ）

ケアマネージャー（ ） 施設（ ） かかりつけ医（ ）

● マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

● 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

● 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい （受診時期： 年 月 指摘事項： ）

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報取得加算（初診時）1点

（再診時）1点（3月に1回に限り算定）

野洲病院 整形外科 （ 2024.12改訂 ）