

なかむら整形外科

問診票

ID ()

ふりがな () 携帯番号 ()

お名前 男・女 自宅電話 ()

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 年齢 歳

ご住所 〒

①本日は交通事故・労災による症状ですか？

いいえ はい⇒(交通事故 労災)

※後からの労災変更は受け付けておりません。

②どのような症状でご来院されましたか？

*いつから？

*どこが？ ※図に○もつけてください

*どのように？(例:腫れている、痛い他)

*原因は？

③ 過去に大きな病気・手術をしたことはありますか？

いいえ はい

病気(歳、病名…)

手術(歳、部位…)

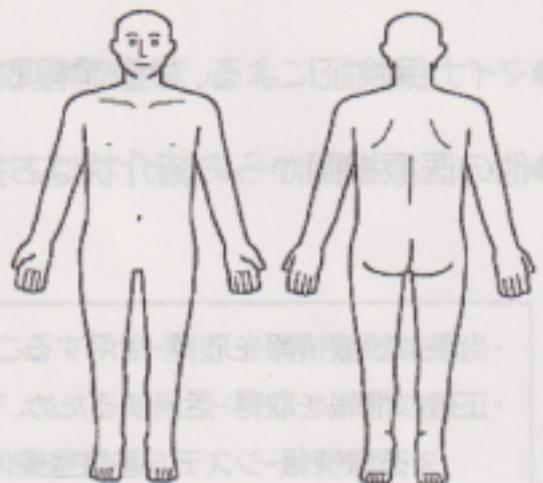
④ 現在、他院で治療中のご病気はありますか？

いいえ はい(病名…)

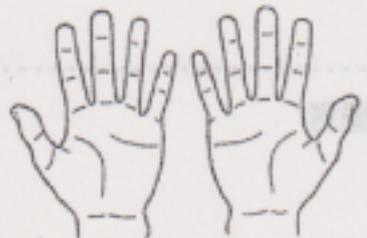
⑤ 現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳を受付にご提出ください

はい (お薬手帳ご持参の方は記入不要です)

いいえ (薬名:)



左



右



左

右

⑥ 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

いいえ はい⇒具体的に()

⑦ 女性の方のみ 現在妊娠中の可能性はありますか？／授乳中ですか？

妊娠の可能性 いいえ はい(週目)／授乳中 いいえ はい

⑧ 身体を使うご職業でしょうか？職種を教えてください()

⑨ スポーツはされますか？ いいえ はい

内容() 頻度()

⑩ 当院はどのようにして知りましたか？

友人・知人の紹介／他院の紹介／インターネット(Yahoo、Google、iタウンページ、江東区時間、その他)

外看板／回覧板／その他()

●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

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ 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、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)

備考

