

整形外科問診票

予約方法 (ネット ・ 電話 ・ 当日)

来院時間： ID： 体温：

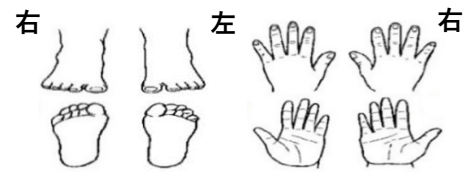
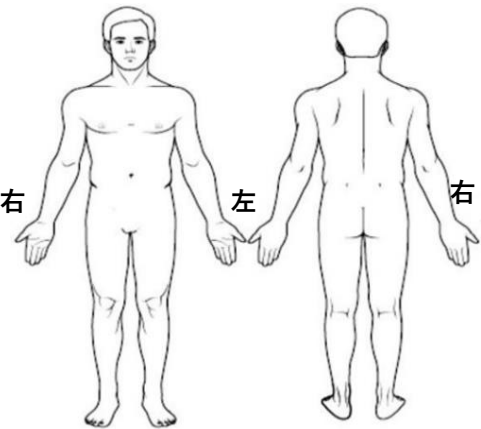
診察日	年 月 日						
職員 記入	初診	再初診	再診	別部位			
	受付	Dr	XP	DEXA	ESWT		PT

フリガナ		(男・女)	生年月日	T・S H・R	年 月 日 歳
1 ご氏名					
2 ご住所	〒 -			電話番号	()
				携帯番号	()

3 紹介状の持参がありますか？
いいえ はい (病院名：)

4 来院の目的 (希望される診療内容) を教えてください
(複数回答可)
診察 リハビリ 体外衝撃波治療 骨粗鬆症の検査
(具体的な希望事項：)

(痛いところを図や言葉で記載してください)



5 今日どこが痛みますか？

① 頸部 (首の付け根) 肩 (腕の付け根) 肘 手
背中 腰 股 (足の付け根) 膝 足
その他 ()

② _____ 頃から症状があります

③ どのような症状ですか？ (その他具体的に記載してください)
じっとしていても痛い 動かすと痛い 痺れがある
その他 ()

④ 症状が出たきっかけはありますか？具体的に記載してください
ない ある ()

⑤ 上記①の症状で、他の病院で診断や治療を受けていますか？
(病院名、診断名、治療内容を具体的に記載してください)
いいえ はい (病院名：)
(診断名： _____ 治療内容： _____)

6 今かかっている病気はありますか？
高血圧 糖尿病 腎臓病 心臓病
脳疾患 精神疾患 その他 ()

12 妊娠の可能性はありますか(女性の方のみ)
いいえ 妊娠の可能性はある 妊娠中
授乳中である

7 過去に手術をうけた事がありますか？
(ある場合は何の病気でいつ頃受けたかなど)
いいえ はい ()

13 介護保険の認定を受けてますか？
いいえ はい (支援1 支援2)
(介護1 介護2 介護3 介護4 介護5)
☞ 「はい」と答えられた方は、利用中のサービスを選択してください

8 今までに下記の病気にかかったことがありますか？
心筋梗塞・狭心症 脳梗塞・脳出血 喘息
その他 ()

利用なし デイケア デイサービス ヘルパー
訪問看護 訪問リハ 福祉用具 その他

9 現在服用している薬はありますか？
いいえ *お薬手帳をご提出ください
はい (お薬の名前：)

14 当院を何で知りましたか？
知人紹介 (_____ 様) 他院紹介
近所・通り道 西鉄バス セミナー その他
・看板 (当院横 西鉄香椎宮前 千早)
・インターネット (HP Googlemap 病院なび その他)

10 薬や食物のアレルギーはありますか？
いいえ はい
(お薬やアレルギーの名前：)

15 その他、お伝えしたい事がありますか？
(後ほど職員が伺います)
いいえ はい

2024-4-22

※裏面へ続きます

◆当該医療機関は、マイナ保険証(※マイナンバーカードを使用した保険証システムのこと)の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関(医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関)です。

◆マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。

※医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

(マイナ保険証を利用しない場合)加算1 6点

(マイナ保険証を利用した場合)加算2 2点

マイナ保険証をご提示いただく方が加算点数が少なく済むため利用をお勧めいたします

上記の内容について理解頂けましたか？ はい

●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

●直近1年以内に特定検診(よかドック等)を受けられましたか？ はい いいえ