

# 整形外科 問診票

初めて当院におかかりになる方におたずねします

記入日： 年 月 日

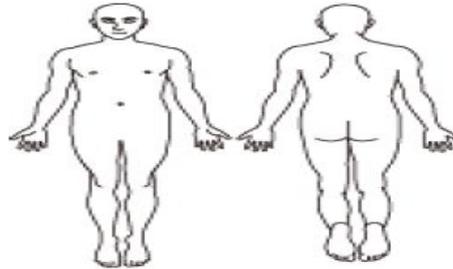
フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)
ご住所 〒 -		
電話番号 自宅 ( )	携帯 ( )	
ご家族の連絡先(緊急時)お名前 ( )		続柄( )
電話番号 ( )		

1.いつからはじまりましたか ( 年 月 日)

2.どこにどのような症状がありますか

(

症状のある部位に  
○をつけてください



3.思い当たる原因はありますか

無 / 有 (

4.この症状に対して他院や接骨院で治療を受けたことがありますか 無 / 有

5.医療機関名・治療内容

(医療機関名:

・治療内容:

6.現在治療中、あるいは、かかったことのある病気やけがはありますか

無 / 有 (

7.アレルギーはありますか 無 / 有 ( )

8.女性の方へ現在妊娠中/授乳中ですか 無 / 妊娠中 / 授乳中

9.体内に金属(ペースメーカー、ステント等)が入っていますか

無 / 有 ( )

10.要支援・要介護度区分

無 / 有 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)

ご記入ありがとうございました。

ご記入いただきましたら、問診票を受付まで提出し、診察まで待合でお待ちください。

◎当クリニックは、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、マイナ保険証の活用にご協力お願いいたします。

◆医療情報取得加算 初診時:1点 再診時(3月に1回):1点

よねもと整形外科