

# 高倉整形外科クリニック 問診票

空欄のないようご記入ください。

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)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

マイナ保険証による診療情報取得に同意する場合は以下に☑を記入して下さい。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します。

フリガナ

名前

年齢

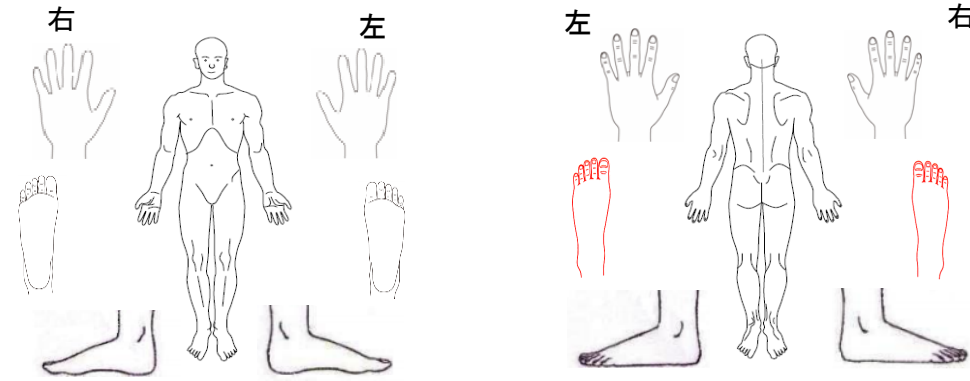
職業

付添 有(続柄: )・無

1 当院を選ばれた理由に○をつけてください。

インターネット 知人の紹介 医療関係者の紹介 通りがかり その他( )

2 からだのどこに症状がありますか? ○で囲んでください。



右 左 左 右

いつから 何をする時に どのような症状がありますか?

例) 5月1日から歩くときに痛い、10月7日から物を握る時に痺れる、

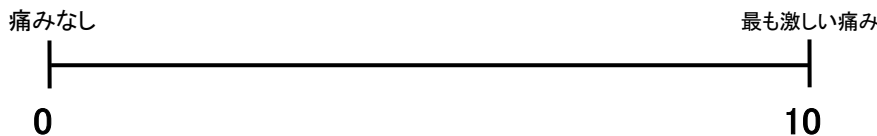
3 症状が出たきっかけに当てはまるものに○をつけてください。

仕事の怪我(通勤中・工作中)

学校の怪我(通学中・授業中・部活中)

交通事故 その他( ) 分からない

4 痛みの強さを線の上に×印をつけて下さい。



5 今回の症状で病院にかかりましたか? ○をつけてください。

はい いいえ 受診した医療機関の名前:( )

受けた治療の詳細( )

裏面もご記入ください。

スタッフ記入欄

ここには記載しないで下さい。

ID:

記載日 年 月 日

身長: cm

体重: kg

BMI:

誘因外傷 有・無

足サイズ 右 cm  
左 cm

普段の靴サイズ (種類: ) cm

仕事の靴:安全靴 パンプス 革靴

学校の靴:指定 有・無

労災の使用 有・無

スポーツ振興の使用 有・無

NRS

他院加療の詳細

6 かかったことがある病気または治療中の病気があれば○をつけてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症・高コレステロール血症 脳疾患(脳梗塞 脳出血 など)

心疾患(心筋梗塞 狭心症 不整脈 など) リウマチ・膠原病 痛風・高尿酸血症

腎臓疾患 肝臓疾患 精神疾患

( その他 )

受けたことのある手術 ( あり ・ なし )

7 過去1年間で健康診断を受診しましたか? ○をつけてください。

はい いいえ

8 アレルギーについて当てはまるものに○をつけてください。

なし アルコール 金属 薬剤( ) 食品( )

9 介護保険について当てはまるものに○をつけてください。

受給していない 受給している ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )

10 定期的に行っている運動・スポーツについて当てはまるものに○をつけてください。

運動・スポーツをしている 運動・スポーツはしていない

スポーツの種類・競技:( )

大会や発表会の予定があれば日付を教えてください( )

11 当てはまるものに○をつけてください。

妊娠中・授乳中 閉所恐怖症 ペースメーカー ・ 体内心電図挿入中

歯科用インプラント義歯使用中(取り外し 可 ・ 不可) 透析中

喫煙あり( 年から喫煙) 以前喫煙していた( 年間吸っていた)

スタッフ記入欄  
ここには記載しないで下さい。

内服薬

お薬手帳持参 有 ・ 無

手術歴

検診結果:異常 有 ・ 無

利用中サービス 有 ・ 無

頻度 /

ポジション:

透析曜日:  
シャント部位( )

喫煙 本/日