

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。

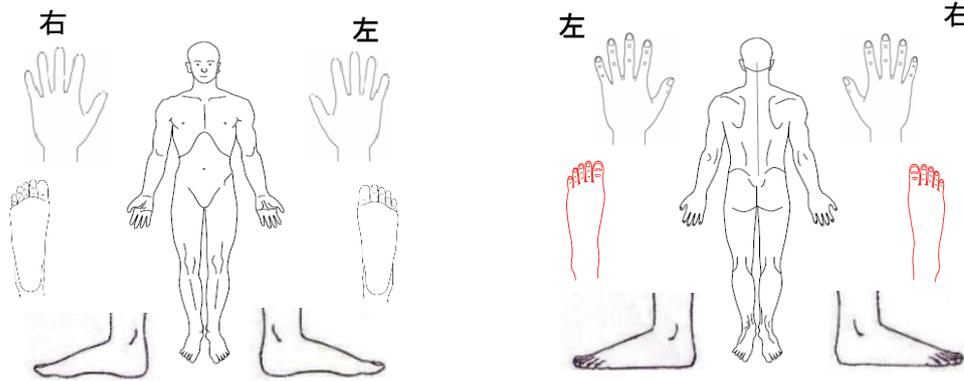
フリガナ
名前 () 年齢 () 職業 ()

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 何をすると どのような症状がありますか？

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。

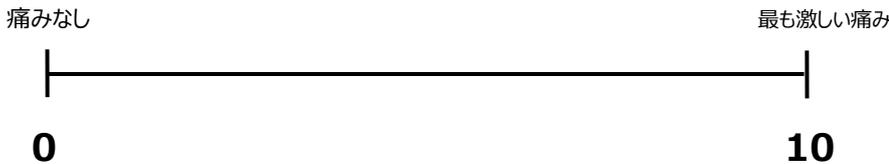
分からない ころんだ ひねった ぶつけた その他 ()

仕事での怪我 (労災にしますか? はい ・ いいえ)

学校での怪我 (スポーツ振興を利用しますか? はい ・ いいえ)

交通事故

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:

利き手:

足サイズ 右 cm
左 cm

普段の靴サイズ cm
(種類:)

仕事の靴: 安全靴 パンプス 革靴

学校の靴: 指定 有 ・ 無

誘因外傷 有 ・ 無

労災の使用 有 ・ 無

スポーツ振興の使用 有 ・ 無

NRS

Face scale

他院加療の詳細

6 かったことがある病気または治療中の病気があれば記載してください。

[]

受けたことがある手術があれば記載してください。

[]

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)

12 女性の方は以下の空欄にご記載または○をつけてください。

①月経について

月経は順調ですか？

(はい ・ いいえ ・ 来ない)

②初潮または閉経について

初潮： () 歳ごろ 閉経： () 歳ごろ

③妊娠・出産歴について

妊娠歴： () 回 出産歴： () 回

スタッフ記入欄

ここには記載しないで下さい。

内服薬

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