

記入日 令和 年 月 日

お名前 (カタカナ)		年齢	性別
		歳	男・女

 マイナ使用

医事課記入欄:

整形外科 問診票

※下記の質問に全てご回答下さい。

【重要】新型コロナウイルス関係のご質問にお答えください。

<input type="checkbox"/> 高熱、強いだるさ、息苦しさ等の症状はございますか。 ※解熱剤を飲み続けている方も同様	はい・いいえ
<input type="checkbox"/> 下記に数日間の最高熱が何度であったかご記入ください。 1日前 (°C) 本日 (°C)	
<input type="checkbox"/> 37.5度以上の発熱が2日以内に一度でもございましたか。	はい・いいえ
<input type="checkbox"/> 味覚及び嗅覚に関して、異常を感じることはございますか。	はい・いいえ
<input type="checkbox"/> 同伴者様に上記の症状はございますか。	はい・いいえ

ご連絡のつく電話番号 (- -)	◎診察前体温 °C
1. 今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快等）を起こしたことがありますか。 薬・注射のアレルギー <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 薬剤名: 症状:	◎（女性の方のみ）妊娠中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり (最終月経 /) 授乳中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

2. いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

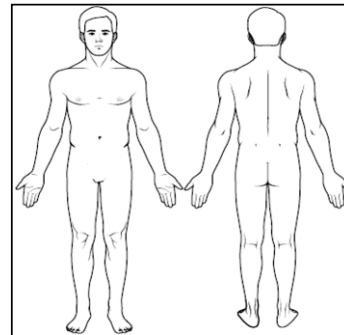
いつ頃からですか。 頃から

頃

※下記の図の該当部位に○をつけて下さい

どのような症状ですか。簡潔にご記入をお願い致します。

--



症状の原因は何ですか。

 交通事故 工作中・通勤中のケガ 不明 その他 ()

※交通事故(自賠償)/労災の方にお聞き致します。

書類作成の為、平日の常勤医師の診察を受診していただく必要がある場合がございます。ご了承いただけますか。

 いいえ はい

3. 今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

 いいえ はい →:

4. 現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は受付でご提示下さい。

 いいえ はい →: お薬手帳 あり なし

5・6は成人の方のみご回答下さい

5. 喫煙歴について 喫煙はしない 喫煙をしている。(1日 本 年間くらい) 以前喫煙をしていた。(1日 本 年間くらい)6. 飲酒について 飲酒の習慣はない。 飲酒の習慣がある。(頻度 ほぼ毎日 週に 回くらい)

↓ ここからはマイナンバー保険証による質問事項です。必ずご回答ください。 ↓

<input type="checkbox"/> マイナ保険証による診療情報の取得に同意する。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介状を持っている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 現在、他の医療機関に通院している。 ※通院されている方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医療機関名	受診日	治療内容
<input type="checkbox"/> この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診した。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ドクターランド幕張は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。 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致します。 ※(マイナ保険証を利用した場合) 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		

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。