

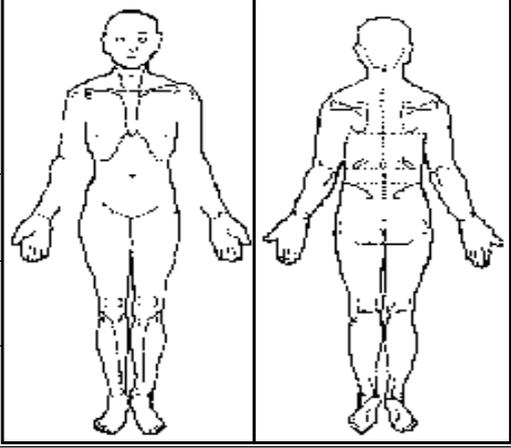
整形外科問診票

受診日 年 月 日

受診者

フリガナ		生 年 月 日	大正	年	月	日	歳
氏名	男・女		昭和 平成 令和				

問診

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？	はい	いいえ	
この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？	はい	いいえ	
受診時期・指摘事項等（ ）			
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい	いいえ	
今日どのような症状ですか？			
傷又は痛むところを絵図に記してください			
それはいつ頃からですか？			
仕事中又は交通事故ですか？	はい		いいえ
本日の症状で他の病院にかかった事がありますか？	はいの方（ 病院名； ）	はい	いいえ
薬・食物などのアレルギーはありますか？	はいの方（薬： 食物： ）	はい	いいえ
通院中の病気はありますか？	はいの方（病名： 病院名； ）	はい	いいえ
内服している薬はありますか？	はいの方はお薬手帳をご準備ください	はい	いいえ
女性の方にお聞きします	妊娠・または妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ 妊娠中 (週 日)
最近1ヶ月の間海外に行かれたり、行った方と接触しましたか？		はい	いいえ
はいの方にお伺いします	行先又は相手の行先 ()	渡航期間又は接触した日 日間 月 日	
経過等について、医師に伝えたいことがあればお書き下さい。			

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力お願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実実加算（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）