

# 問診票

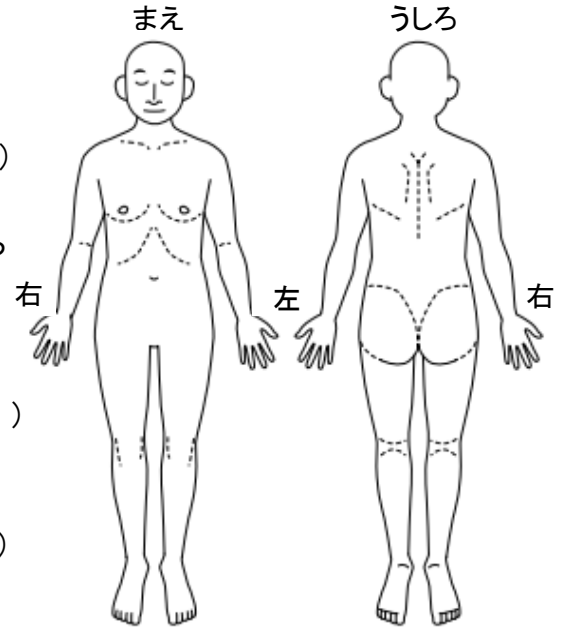
年 月 日

ふりがな		性別		〒	
名前		男・女		住所	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢		電話	自宅 ( ) 携帯電話 ( )
		歳			

◆ マイナンバーカードを利用して受診の方へ。マイナ保険証による診療情報取得に同意をしましたか？

- ①はい                      ②いいえ

- (1) 診察してもらいたい部位に○印をつけて下さい。(右図)  
 (2) どのような症状がありますか？  
 痛み・しびれ・腫れ・その他 ( )  
 (3) それはいつごろから、始まりましたか？  
 年 月 日 から または ( ) 前から  
 (4) 原因は何ですか？  
 ①わからない  
 ②ある方 ( )  
 ③交通事故・労災 ( 工作中・通勤途中・公務中 )  
 (5) (1)に対してどこかで治療していましたか？  
 ①なし  
 ②あり ⇒ どのような治療ですか？ ( )



- ※紹介状をお持ちの方は受付にご提示下さい
- (6) 現在、別の症状で他の医療機関に通院していますか？  
 ①なし  
 ②あり ⇒ 医療機関名 ( )・治療内容 ( )  
 (7) 今までにかかった大きな病気(入院や手術を要した病気等)はありますか？  
 ①なし  
 ②あり ⇒ 病名・時期等 ( )  
 (8) 現在服用している薬はありますか？ ※おくすり手帳をお持ちの方はご提示ください  
 ①なし  
 ②あり ⇒ 薬剤名 ( )  
 (9) 今までに薬や麻酔薬または食品で、アレルギー(副作用)を起こしたことはありますか？  
 ①なし  
 ②あり ⇒ 原因となったもの ( )・症状 ( )  
 (10) 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？  
 ①はい                      ②いいえ  
 (11) 女性の方へ。現在、妊娠している可能性がありますか？  
 ①なし                      ②あり ( )ヶ月  
 (12) 介護保険証を利用されていますか？  
 ①なし                      ②あり ( 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 )  
 (13) 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。  
 ホームページ・フェイスブックなどのSNS・電柱広告  
 紹介 ( 家族・友人・知人・他院 )  
 (14) にんにく注射やプラセンタ注射などの自費注射に興味はありますか？  
 ①興味なし                      ②興味あり ⇒ ご希望の方は診察時、医師にご相談ください

裏面もお読み下さい

当院は、オンライン資格確認を行う体制を整えたクリニックです。  
以下の医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定いたします。

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、マイナ保険証のご利用にご協力お願いいたします。

◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点

◆医療情報取得加算(初診時)加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)

**※本日コロナワクチンを接種した方はお申し出ください。**

くらんど整形外科