

# 診察申込書

医師（ 高橋 ）

ご本人	フリガナ	保護者 氏名	フリガナ
	氏名		氏名  関係（ ）
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳		性別 男・女	
ご住所（マンション名がある場合は、名前までご記入ください） 〒  電話（自宅） 職業			
勤務先名  〒  電話			
緊急連絡先名		関係（ ）	
〒  電話			

## 【 オンライン資格確認等システム(マイナ保険証)の利用にご協力をお願いします 】

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。  
取得した情報は診療の範囲のみで活用し、当該利用目的以外には使用いたしません。  
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。

## 整形外科問診票

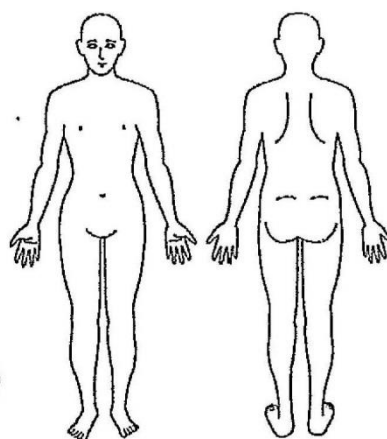
### 《問診票》

1) 今回の受診についてお伺いします

- ( ) 当院受診は初めて  
( ) 今回の症状で救急受診歴あり  
( ) 過去に受診した事はあるが前回とは違う症状

2) 困っている症状は何ですか？部位を右の図に記して下さい

( )



3) いつ頃から症状がありますか？

( )

4) 原因と思われる事はありますか？

( )

5) 今までに下記の病気を患った事がありますか？○印をつけて下さい

- ( 高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・胃腸病・喘息・結核・関節リウマチ・膠原病・痛風 )

6) 現在のまれている薬はありますか？

- ( ) ある ( ) ない

どのような薬ですか？

( )

7) 薬や注射でショックやじんましん等の副作用が出た事がありますか？

( )

8) 今までに手術を受けた事がありますか？どのような手術ですか？

( )

9) 現在、他の医療機関に通院していますか。

- ( ) に 通院中 ・ 入院中  
( ) に 通院していた ・ 入院していた

10) 他院からの紹介状をお持ちですか。

はい ・ いいえ

11) この1年間で健診（特定健診・高齢者健診）を受けられたことがありますか。

無 ・ 有

12) 飲酒 無 ・ 有

13) 喫煙 無 ・ 有（一日\_\_\_\_\_本）

14) マイナ保険証による診療情報取得を同意されますか。 はい ・ いいえ