

いつきクリニックー宮 整形外科問診票

記入日: 令和 年 月 日

ふりがな		職業	
受診者氏名 (かかられる方)		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)	体重	. Kg
住所	〒		
連絡先	() -		

◆当院では、マイナ保険証を通じた患者様の診療情報を取得・活用して、質の高い医療の提供に心がけております。正確な情報の取得・活用のためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- | | | |
|-------------------------------|----|-----|
| 1. マイナ保険証による診療情報提供に同意いただけますか。 | はい | いいえ |
| 2. 他の医療機関からの紹介状はもっておられますか。 | はい | いいえ |
| 3. この1年間で健康診断を受診しましたか。 | はい | いいえ |
- (受診時期: R 年 月頃 指摘事項:)

質問事項

●本日はどのような症状で来院されましたか。(時期・部位・きっかけを詳しくご記入ください)		
[]		
●今回の症状で他の医療機関を受診されていますか。 () 病院・医院 治療内容 : 投薬・注射・物療・その他() 検査 : レントゲン・MRI・その他()	はい	いいえ
●体内に何か金属が入っていますか。 ペースメーカー・人工内耳・その他()	はい	いいえ
●現在、他の病院にかかっていたり、薬を飲んでいたりしていますか。 病名 [高血圧・心臓病・糖尿病・脳卒中・腎臓病・肝臓病] その他:] 医療機関名:	はい	いいえ
●過去に、大きな病気及び入院や手術をしたことがありますか。 病名: 時期: 医療機関名:	はい	いいえ
●薬剤や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。 薬・注射() 食品()	はい	いいえ
●今までに肝炎にかかったことがありますか。	はい	いいえ
●タバコは吸いますか。 「はい」と答えられた方は1日に何本吸いますか。	はい	いいえ
●お酒は飲みますか。 「はい」と答えられた方は1日に何をどれくらい飲みますか。(種類 : ml/日)	はい	いいえ
●介護認定を受けていますか。(介護保険証を受付にご提示ください。) 下記の該当するものに『○』を付けて下さい。 非該当 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5		
●リハビリを受けていますか。該当する場合は下記に『○』を付けて下さい。事業所名もご記入下さい。 ()訪問リハビリ ()デイサービス ()デイケア 事業所名 ()		
現在、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性がありますか。 ()妊娠中 ()授乳中 ()可能性あり ()いいえ 最終生理日はいつですか。 (月 日)		