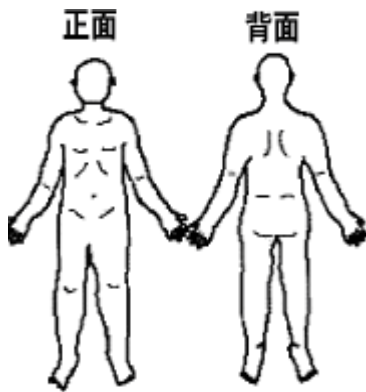


ふりがな		性別	職種
氏名		男性・女性	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
住所			
電話	()		

① 本日はどうなさいましたか？



(1) いつごろからですか？

平成・令和 年 月 日頃から (日前から)

(2) どこですか？左図に○を付けてください。

部位() : 右・左

(3) どのような症状ですか？

(a) 痛み (b) しびれ (c) 重苦しさ (d) 腫れ (e) その他 ()

(4) 考えられる原因はありますか？

ない・ある ()

② その症状はどんな時に起こりますか？

(1) 常時 (2) 安静時 (3) 動作時(起き上がり・立ち上がり・歩行時) (4) 圧迫時 (5) 就寝時

(6) その他 ()

③ 当院以外で、この症状に関して治療を受けたことがありますか？もしくは現在治療を受けていますか？

(1) いいえ・(2) はい (病院名・診断名・治療など:)

④ 今回の症状以外で、病気の治療や、手術を受けたことはありますか？また現在かかっている病気はありますか？

(1) ない・(2) ある : 脳血管障害・糖尿病・高血圧・心臓疾患・更年期障害・その他 ()

⑤ 現在内服中のお薬がありましたら教えてください。お薬手帳があれば、お出してください。

()

⑥ 薬のアレルギーはありますか？

(1) ない・(2) わからない・(3) ある ()

⑦ よろしければ当院へお越し頂いたきっかけを教えてください。

(1) 近いから (2) 通りがかり (3) ご家族からの紹介(お名前:)

(4) 職員紹介(お名前:) (5) その他の方からの紹介(お名前等:)

(6) 看板 (7) 当院のホームページ (8) その他 ()

⑧ 今回の症状は労災、交通事故、学校ですか。(1) いいえ (2) 労災 (3) 交通事故 (4) 学校

⑨ * 女性の方へ : * 本日は、レントゲン撮影する場合がありますが、現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

(1) ない・(2) ある・(3) わからない

裏面に続きます

⑩マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

- 1)はい 2)いいえ

⑪この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載省略可能です。

- 1)はい 2)いいえ

○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をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算14点・加算22点(マイナ保険証を利用した場合)

○ご提供頂いた個人情報は、医療目的以外には使用いたしません。

医療法人社団オルソプラス むらた整形外科