

# 問診表

初めて当院を受診される方や期間をあけて受診される方は、正しく治療を行うために以下の質問にお答え下さい。保険診療の方は、必ず保険証を添えて受付へご提出ください。

フリガナ

氏名 ( ) 年齢 ( ) 性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日 ( 大・昭・平・令 年 月 日 )

住所 ( )

電話番号 ( ) -

・マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？( はい ・ いいえ )

・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？( はい ・ いいえ )

・本日はどのような症状のために受診されましたか？

(受診部位もご記入下さい 例:左手の小指のはれ・右膝の痛みなど)

・いつからですか。

・何か思い当たることがありましたら具体的にご記入ください。

・現在、整形外科を含め加療中、通院中の病気はありますか？( はい ・ いいえ )

医療機関名( )

治療内容・傷病名( )

・現在処方されている薬があれば、分かる範囲で薬剤名・用量・投与期間をご記入ください。

( )

・入院を必要とするような大きな病気やケガにかかったことがありますか？( はい ・ いいえ )

病名・時期・医療機関名・治療内容をご記入ください。

( )

・これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？( はい ・ いいえ )

原因となったもの、症状をご記入ください。

( )

・女性の方にお尋ねします。

妊娠中ですか？( いいえ ・ はい → 月 ・ わからない )

授乳中ですか？( いいえ ・ はい )

受付カウンターの個人情報保護に関するポスターをご覧の上、同意できない点があれば診察時にお申し付けください。ご協力ありがとうございました。

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します。

山口整形外科 院長 山口高史