

# 問 診 票

年 月 日

## [ID ] (整形外科)

|             |         |          |             |       |   |     |   |
|-------------|---------|----------|-------------|-------|---|-----|---|
| ふりがな<br>氏 名 | (男・女)   | 生年月日     | 大正・昭和・平成・令和 |       |   | 年 齢 | 歳 |
|             |         |          | 年           | 月     | 日 |     |   |
| 住 所         | 〒 _____ |          |             |       |   |     |   |
| 電 話         | 自宅 ( )  | 本人携帯 ( ) | 緊急連絡先 ( )   | 続柄[ ] |   |     |   |

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 体温： \_\_\_\_\_ °C 職業： \_\_\_\_\_

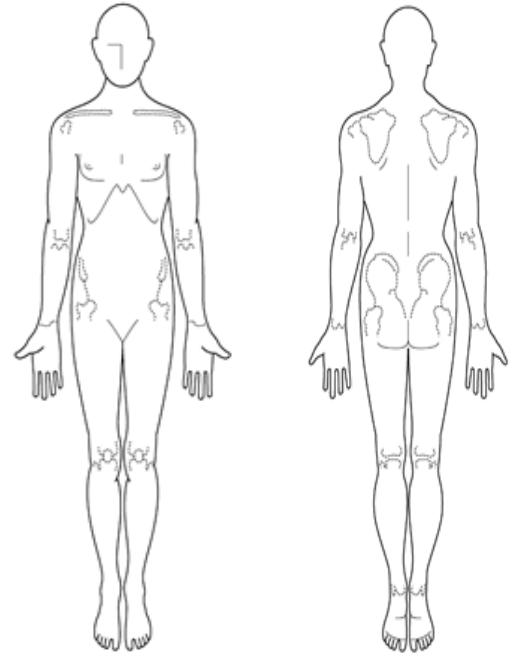
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ ・ はい(直近1ヶ月以内の処方薬以外は【13.14】の記入省略可)

【1】 本日、来院された理由に○をつけて下さい

- 1) 診察 2) セカンドオピニオン 3) 手術希望  
4) その他 ( )

具合の悪い所を  
絵に○印で囲って下さい



【2】 いつ頃から悪くなりましたか

- 1) 本日 2) 昨日 3) ( ) 日前  
4) ( ) 週間前・( ) ヶ月前・( ) 年前

【3】 身体のどの部分の具合が悪いですか

- くび ・ 肩 ・ 胸 ・ 肋骨 ・ 背中 ・ 腰 ・ お尻 ・  
腕 ・ 手指 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節 ・ 足指 ・  
その他 ( )

【4】 どのような症状ですか

- 痛い ・ しびれる ・ はれている ・ ふらつく ・  
その他 ( )

【5】 どの様なきっかけで、悪くなりましたか

- けが・交通事故・仕事中・原因不明・その他 ( )

【6】 今回の症状に対して他院で診察または治療を受けられたことがありますか

いいえ ・ はい (差支えなければ、病院名・治療内容等をご記入下さい)

病院名 ( \_\_\_\_\_ 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 )

どのような検査を受けられましたか ( レントゲン・CT・MRI・造影検査・その他 )

治療方法 ( 注射 ・ 点滴 ・ 内服 ・ リハビリ ・ その他 )

飲み薬の内容が分かればご記入下さい ( )

【7】 今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

いいえ ・ はい ( 心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 胃 ・  
血液の病気 ・ 腸の病気 ・ 眼の病気 ・ 骨折 ・ その他 )

かかりつけ病院 ( \_\_\_\_\_ 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 )

【8】 歯科治療されていますか

いいえ ・ はい (差支えなければ、病院名等をご記入下さい)

病院名 ( \_\_\_\_\_ 医院 ・ クリニック ・ 病院 )

裏面もご記入下さい

【9】 今までに病気やけがで手術を受けられたことがありますか

いいえ ・ はい 病名 ( ) ・ 何歳ごろ ( ) 歳ごろ)  
どこの病院で ( ) 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 )

【10】 輸血を受けたことがありますか

いいえ ・ はい 副作用はありましたか ( いいえ ・ はい )

\* 信仰上の理由により輸血を受けられない方は予めお申し出ください

【11】 薬や注射で発疹が出たり、アレルギー体質だといわれたことがありますか

いいえ ・ はい 何でアレルギーがでましたか  
( 飲み薬 ・ 注射 ・ 造影剤 ・ 食物 ・ 金属 ・ 消毒用アルコール ・  
テープ類 ・ 薬品名および食物名 ( ) ・  
その他 )

【12】 身体の中に金属が入っていますか

いいえ ・ はい ( 金属 ・ ペースメーカー ・ ステンツ ・ 婦人科領域の金属 ・  
整形領域の金属 ・ 義歯 ・ インプラント )

【13】 現在飲んでいる薬はありますか (経口避妊薬・市販薬(サプリメント、ドリンク剤等)も含めて)  
( )

【14】 現在飲んでいる薬、お薬手帳はありますか

いいえ ・ はい ( 本日持参している ・ 自宅に持っている )

【15】 たばこは吸われますか いいえ ・ はい ( 1日 本 )

お酒は飲まれますか いいえ ・ はい ( 1日酒 合 ・ ビール缶 本  
その他 )

【16】 女性の方に、現在妊娠されていますか

いいえ ・ はい ・ 可能性がある

【17】 診察、治療でのご相談やご協力をして頂ける方 (キーパーソン) は、おられますか

いいえ ・ はい お名前 関係  
連絡先 ( 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他 )

【アンケート】 ご協力をお願いします 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください

ホームページ・広告(雑誌 ・ 新聞 ・ チラシ・ポスター ・ その他 ( ) )を見て  
講演会 ・ 市民(健康)講座 ・ 西の京病院主催の教室 に参加して

他院からの紹介 (医療機関名 )

西の京病院/他科からの紹介 ( 科 先生、人間ドック/PET等検査)

知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介 ・ 近くて便利

介護保険認定：有 ・ 無 ・ 申請中

認定有の方：要支援 ( ) / 地域包括支援センター (施設名 担当者 )

要介護 ( ) / ケアマネジャー (施設名 担当者 )

連絡先：施設 ・ 携帯 ・ その他 ( - - )

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。

整形外科  
問診担当者 ( )