

# 診療申込書

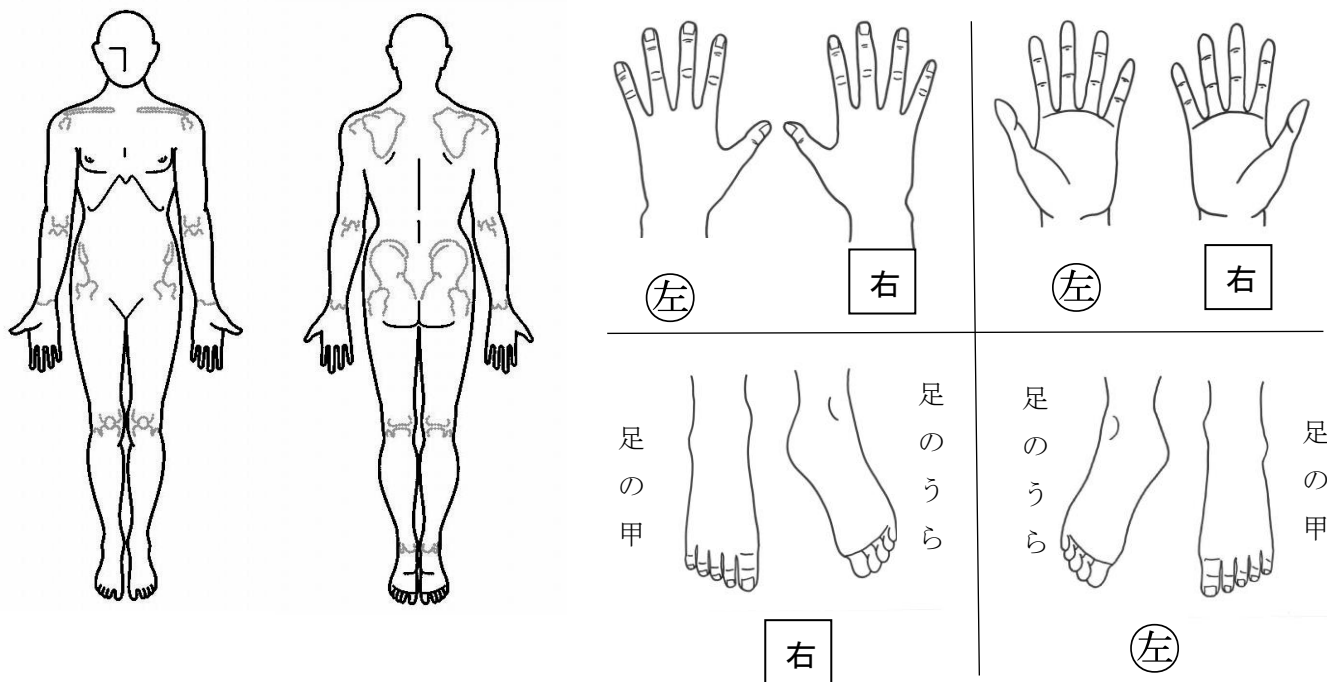
フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		明・大・昭・平・令	歳	男・女
		年 月 日生		
現住所	〒			
電話番号				
右記に該当する場合は○で囲んで下さい。 労災 交通事故				

## 問診票（現在の状態）

氏名 \_\_\_\_\_ 記入日；令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 (カルテ No. \_\_\_\_\_ ) 身長； \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg  
 ◎利き手・ 右 / 左 / 両

## ☆現在の症状について教えてください

### 1. 症状のある部位に印をつけて下さい



### 2. 症状は？【交通事故の方は以下別紙】

痛い・しびれる・異和感・その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 3. いつから？

[ \_\_\_\_\_ ]

### 4. 思い当たる原因は（怪我の方は詳しく記載して下さい）？

# ☆事故の状況と症状について教えてください

保険会社へ報告書を提出するため詳細な情報が必要です

◎令和 年 月 日 (午前・午後) 時頃、

◎自動車を運転 ・ 自動車に同乗[助手席・後部座席(運転席側 ・ 助手席側)] し、  
[道路: \_\_\_\_\_] 上を [方面: \_\_\_\_\_] から  
[\_\_\_\_\_] へ向けて移動中、[追突し・追突され・正面衝突し]、受傷。

(例: 乗用車を運転し、国道 283 号線上を遠野インターから上郷へ向けて、移動中、松崎町の交差点で停車した際、追突された 等)【空白欄も利用してください】

◆シートベルト装着 (無・有) エアバッグ作動 (無・有)。

- 直後より痛み (痺れ・腫れ・その他) あり
- 直後の症状は無かったが、[ \_\_\_\_\_ ] より痛み (痺れ・腫れ・その他) 出現

- 部位; 頸部・背部・前胸部 (右・左)・腰部・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 程度; 重度・中等度・軽度
- 悪心 (無・有) 嘔吐 (無・有) めまい (無・有)

- 受傷後、他院を受診 (無・有)

- 有の場合
  - ◇ 病院名;
  - ◇ 診断名;
  - ◇ 治療;

- 現在、

- 症状は、軽減・持続・悪化
- 部位は、
  - ◇ 同じ
  - ◇ 部位が減った (残っている部位;
  - ◇ 他の部位が増えた (痛い部位;

問診票 (診療に必要な情報)

氏名 \_\_\_\_\_

(カルテ No. \_\_\_\_\_)

☆過去の病気あるいは通院中の病気について教えてください。

1. 今まで整形外科を受診したことはありますか？

● 無・有 (有の方は下記を記入して下さい)

➢ 腰痛、肩こり、腱鞘炎、その他 ( \_\_\_\_\_ ) ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院

➢ 怪我で縫合 (部位； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

➢ 骨折 (部位； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 手術 無/有 ・ 抜釘 無/有)

➢ その他、整形での手術の有無

◇ 無・有 ( \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年 or 才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

2. その他の手術を受けたことはありますか？

● 無・有 (病名； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

◆ 体内金属 無・有 (ステント・ペースメーカー・人工関節・その他 ( \_\_\_\_\_ ))

3. 下記の病気はありますか？ \*他の医療機関への通院の有無についても記載して下さい。

● 気管支喘息 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 最終発作 \_\_\_\_\_ 年/才頃)

● 糖尿病 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 最新のHbA1c % (令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日))

● 胃・十二指腸潰瘍 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

● 緑内障 無・有 ( \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院 ・ 薬制限 無 (開放・正常圧) / 有 (閉塞) / 不明)

● その他の病気 (病名； \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 年/才頃 ・ \_\_\_\_\_ 病院)

● アレルギー 無・有 (花粉症・アトピー・薬物/食物/金属アレルギー・その他 ( \_\_\_\_\_ ))

\*湿布負け (かぶれ) 無・有・不明

\*薬手帳がある方はご提示をお願いします

☆職歴・スポーツ歴を教えてください。

● 職種 (事務・製造・販売・漁業・農業・運送業・土木/建築業・教職・専門職・技術職・公務員・その他) 期間；

● スポーツ (野球・サッカー・テニス・バスケットボール・バドミントン・バレーボール・卓球・剣道・柔道・弓道・その他) 期間；

☆家族； \_\_\_\_\_ 人暮らし

★ご婦人の方へ 現在、妊娠の可能性 (無・有)、授乳中 (無・有)

***** スタッフ記載 *****			
記入日	R _____		
握力	右 _____ kg、	左 _____ kg	
体温	_____ ° C (平熱 _____ ° C)		
血圧・脈拍	/ _____ mmHg,		_____ bpm
呼吸時痛	無・有	SpO2 _____	% _____

オンライン資格確認用問診票 (患者氏名 ; \_\_\_\_\_ )

(記入日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

(カルテ番号 ; \_\_\_\_\_ )

1. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか? はい ・ いいえ
2. 現在、処方されている薬がありますか? はい ・ いいえ  
(痛みどめ、化膿どめ、血液サラサラの薬、胃薬、血圧の薬、コレステロールの薬等)  
(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方箋を除き、記載を省略可能\*)  
(薬剤名 : \_\_\_\_\_)  
  
(用量 : \_\_\_\_\_)  
  
(投薬期間 : \_\_\_\_\_ 日から ・ \_\_\_\_\_ 日前頃から ・ \_\_\_\_\_ ヶ月前頃から)
3. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者検診に限る) を受診しましたか?  
はい ・ いいえ  
(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載を省略可能\*)  
(受診時期 : \_\_\_\_\_)  
(指摘事項 : \_\_\_\_\_)
4. マイナ保険証による診療情報取得について 同意する 同意しない

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

マイナ保険証を利用しない場合; 初診時 加算 1 4点[6点]、[再診時 加算 3 2点(月1回)]

マイナ保険証を利用する場合; 初診時 加算 2 2点

- []は令和5年4月~12月の特例措置による加算点数