

# 診療申込書

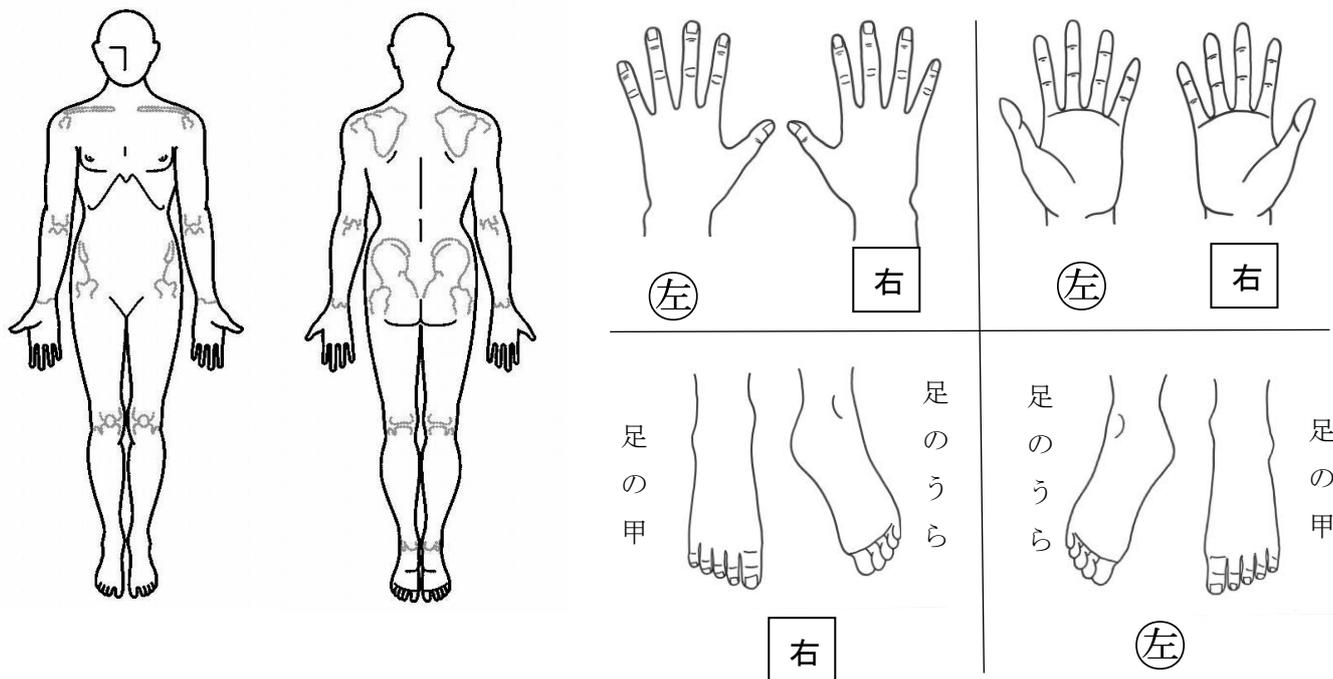
フリガナ		生年月日	年齢	性別
氏名		明・大・昭・平・令	歳	男・女
		年 月 日生		
現住所	〒			
電話番号				
右記に該当する場合は○で囲んで下さい。 労災 交通事故				

## 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？

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・交通事故の方は別紙へ）？

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