

みやざき整形外科 問診票

※他院からの紹介状をお持ちの方はお知らせください

フリガナ お名前		男 ・ 女	生年月日 年 月 日 () 歳
住所	〒		
電話		携帯	
職業	(デスクワーク・重労働)	学生	高・中・小()年生・園児
スポーツ 種目	(回/週)	身長 ()cm	体重 ()kg

●現在の症状について教えてください

●具合の悪い部分に○をつけてください

・どのような症状にお悩みですか？(例:いつから、何がきっかけで、どこが痛む)

・いつから →

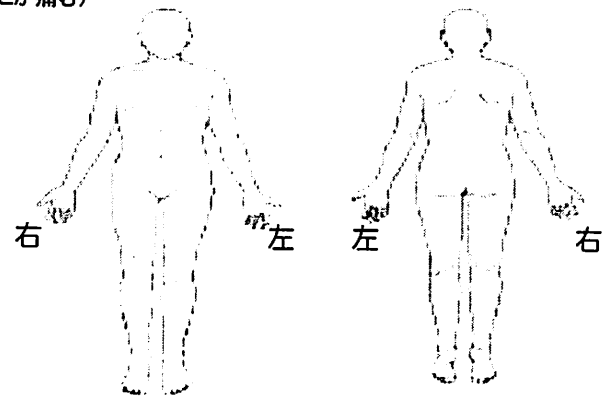
・きっかけ →

・どこが痛む →

・この症状で現在あるいは過去に治療を

受けた(下も記入してください) 受けてない

病名 [



●上記以外の症状についてお聞かせください

・今までにかかった病気、手術があれば教えてください。

リウマチ 喘息 糖尿病 高血圧胃・十二指腸潰瘍 脳梗塞・脳出血がん(部位:)骨折(部位:)肝臓病 腎臓病 ペースメーカー(有・無)その他()

・過去に手術を受けたことがありますか

いいえはい [

●アレルギーについて教えてください

・薬のアレルギーはありますか？

ないある(薬の名前:)

●女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか？はい いいえ・授乳中ですか？はい いいえ

●本日「骨粗しょう症」の検査を希望されますか？

ご希望の方はスタッフへお声掛け下さい。●介護保険の認定を受けている方は○をつけ
ください要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5

●内服薬について教えてください

・現在何かお薬を飲んでいますか？

いいえ はい → (お薬手帳あり ※ お手元にご準備していただき、診察室で医師へお見せください。)(お薬手帳なし もしくは ご持参忘れ →お薬名:)

ご協力ありがとうございました。ご提供いただきました個人情報は、診療目的にのみ利用させていただきます。なお、プライバシーポリシーを院内に掲示しておりますので、御覧ください。

☆裏面へ

マイナンバーカードによる保険証確認について

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。

●下記項目について、お答えできる範囲でかまいませんので、ご記入をお願いします。

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

(未申請の方は、仮に申請した場合でお答えください。)

はい いいえ

・この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

(マイナ保険証による情報取得に同意した患者さまについては、記載を省略可能です。)

いいえ

はい

いつ：	
指摘事項：	

ご記入ありがとうございました。

みやざき整形外科 院長

