

問診票(わかる範囲で結構ですので記入をお願い致します)

年 月 日

フリガナ _____

氏名 _____ 男・女 身長 _____ cm 体重 _____ kg

生年月日 大正 昭和 平成 令和 _____ 年 月 日

〒 _____
ご住所 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯電話 _____

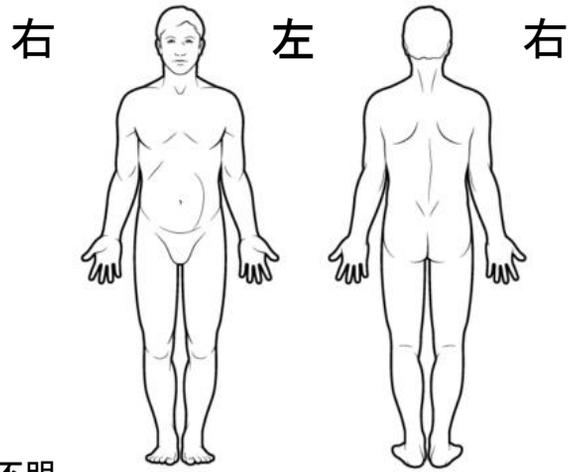
1. どこが悪いですか？右の絵に○をつけてください。

【どのような症状ですか？】

【いつ頃からですか？】

【症状のきっかけ・原因は何ですか？】

けが 交通事故 労働災害 そのほか 原因不明



3. 現在治療中, または今までかかった病気や手術があれば教えてください。

特になし 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 胃潰瘍 ぜんそく 痛風

くも膜下出血の手術 ペースメーカー 人工関節 アレルギー(原因: _____)

がん(部位: _____) 血液透析 そのほかの病気や手術(_____)

4. 抗凝固薬あるいは血液がサラサラになるお薬をのんでいますか？おくすり手帳があれば拝見します。

はい(薬剤名: _____) いいえ

5. 診療・検査についてご希望があれば教えてください(できない場合もありますのでご了承ください)。

6. かかりつけ薬局があれば教えてください。

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、マイナンバー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

(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナンバー保険証を利用した場合)



あづみ野 平林整形外科

MINO HIRABAYASHI ORTHOPAEDIC CLINIC