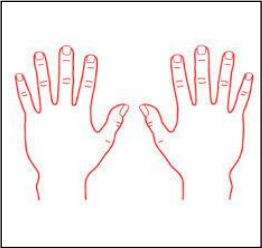
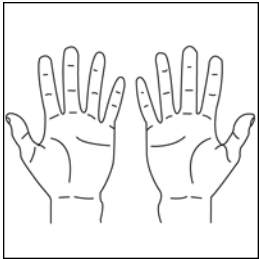
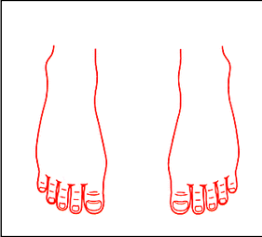
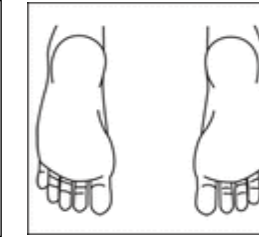
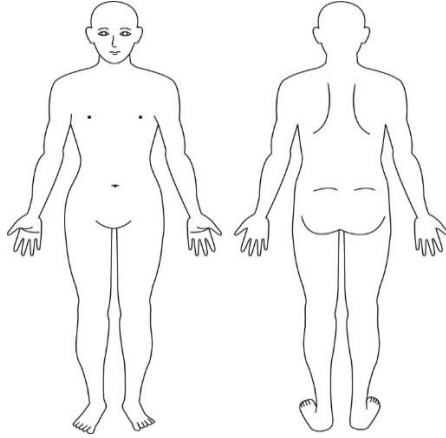


## 整形外科 問診票

お名前 \_\_\_\_\_

他院からの紹介状 有 無 画像データ 有 無

1年以内の健康診断の有無 有 無 ※マイナ保険証による診療情報取得の同意 可 否

今日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 赤み <input type="checkbox"/> その他 ( )
思い当たる原因について	<input type="checkbox"/> 外傷(転倒・だぼく・ねんざ) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中(出勤・退勤途中) <input type="checkbox"/> 原因なし <input type="checkbox"/> その他 ( )
いつから症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> その他 ( )
症状のある部位に○をつけて下さい。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	
希望される検査・治療はありますか？	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> リハビリ(理学療法士による専門的な個別性に合わせた訓練) <input type="checkbox"/> 物理療法(疼痛緩和・血流改善のための医療機器を用いた治療) <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 診断書

《以下は3ヶ月以内に当院を受診したことがある方は記入不要です》

ご職業	会社員(職種 ) 学生 主婦 パート・アルバイト 無職				
運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(具体的に: )				
運動歴	( )年	運動頻度	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に( )回 <input type="checkbox"/> 月に( )回		
妊娠	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	授乳	<input type="checkbox"/> 有	喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他( )				
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(食べ物: 薬: その他: )				
内服中の薬	<input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> その他( )				
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護( )または 要支援( )				

来院のきっかけ: 武蔵境病院 ホームページ 紹介 近所 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。

◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点、加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)