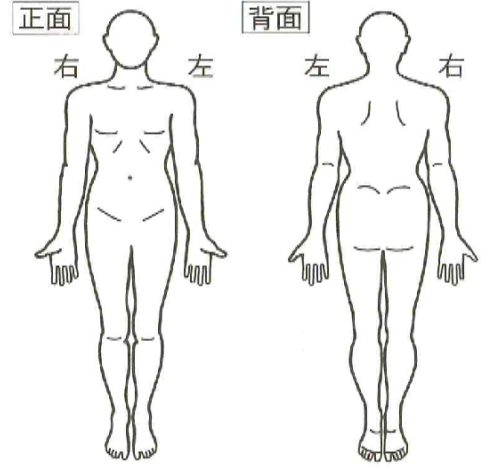


# 整形外科外来問診票

氏名 ( ) 生年月日： 年 月 日

※利き手： 右 ・ 左

この問診票は診察を円滑に進めるために利用させていただきます。  
(該当するものに○をつけて、詳細は記入して下さい)。



## 【現病歴】

- 本日の受診理由をお聞かせください。
  - ① 時期：いつごろからですか？ ( )
  - ② 部位：( ) ➡右図に印をつけて下さい。
  - ③ 症状：痛み・しびれ・力が入らない・腫れ・動きが悪い  
その他 ( )
  - ④ 原因：考えられる原因(受傷機転)はありますか？  
ない・ある ( )
  - ⑤ 頻度：症状はどのようなときに出現しますか？  
常時・安静時・圧迫時・夜間・動作時・その他 ( )
- 今回の症状で、他の医療機関で治療やリハビリで通院したことがある、もしくは現在も通院していますか？  
ない・ある：病院名 ( )  
診断名・治療・処方薬など ( )
- この1年以内に特定健診または高齢者健診を受診したことがありますか？  
ない・ある → 健診名 ( ) いつ ( )

## 【既往歴】

- 今回の症状以外で、今までにまたは現在も治療歴のある病気やケガはありますか？全てお教えてください。  
ない・ある：高血圧・糖尿病・不整脈・心臓疾患・脳血管障害・リウマチ・喘息・  
その他 ( )
- 過去に病気やケガで通院治療・入院・手術を受けられたことはありますか？  
ない・ある：病名( ) いつ・病院名 ( )  
: 病名( ) いつ・病院名 ( )
- 現在、処方されて内服中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は診察室にてお見せ下さい。  
ない・ある：お薬の名前 ( )

## 【基本情報】

- 身長、体重 \*検査、処方時に必要となります。 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg
- これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？  
ない・ある→原因となったもの ( )、症状 ( )
- (女性のみ) 現在、妊娠中または授乳中ですか？  
ない・ある(週数： 週) ※検査、治療に必要な情報となりますので、妊娠の可能性のある方もお申し出ください。
- 定期的にスポーツを行っていますか？  
種目 ( ) 頻度/スポーツ歴 ( / ) 所属 ( )
- ご職業を教えてください。： 学生 ・ 無職 ・ (職業名： )
- お仕事の内容：デスクワーク ・ 立ち仕事 ・ 重い物を持つ ・ 中腰が多い ・ 車の運転が多い ・  
歩くことが多い ・ その他 ( )
- 当院への交通手段を教えてください： ( )
- 同居家族はいますか？ なし ・ あり 例) 夫・息子 → ( )

※その他、ご質問、ご要望などございましたらご記入下さい。

[ ]

# 受診申込用紙

申込日	年 月 日	生年月日	年 月 日 歳
保険	健康保険 ・ 自賠責 (交通事故) ・ 労災 ・ 通勤災害 ・ 生活保護 ・ 自費		
要介護認定を受けていますか？ ※お持ちの方は提出して下さい。	受けていない 受けている ⇒ 認定日： 年 月 日		
フリガナ		フリガナ	
お名前	男・女	保護者お名前 (未成年の方)	携帯： - -
住所	〒 -	電話番号	自宅： - - 携帯： - -
受診理由	紹介 (お名前： )、近い、看板、ホームページ、face book・Instagram 講演会、健康教室、スポーツトレーナー活動、YouTube、その他 ( ) ※受診理由が複数ある場合には【最も優先度の高いもの】を1つ記載		
ご希望のスタッフはございますか？ なし・あり	※ご希望のスタッフが当日勤務してない場合もございませ 医師 ( )、スタッフ ( )		

## ※医療情報・システム基盤整備体制について

当院は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関として、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関です。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致します。

## 同意書

### ○診療データの研究や学術発表等の使用について

当グループでは、患者様により良い治療を提供するため、患者様の診療データを研究や学会発表等に使用させていただく事があります。(基本的には個人を特定する情報は使用致しません。個人が特定できる情報を使用する場合は別途、ご本人もしくはご家族の了承をいただき使用させていただきます。)

○職員による超音波検査装置を用いた研究データの収集については別紙資料をご参照ください。

上記内容について同意いただける場合には、お名前の記入欄に**自署にて記名**をお願い致します。未成年の方の場合は基本的に保護者の方、高齢の方は付き添いの方の自署をお願いいたします。

なお、同意の意向を変更または撤回をご希望される際には、必ずその旨をお申し出ください。

【同意署名】 私 (私の家族) は貴院の治療を受けるに当たり上記事項について確認し、その内容について理解し、**同意** します。

医療法人 アレックス 理事長 殿

患者さんのお名前

(未成年の方、高齢者の方の場合は代筆で可)

保護者 (又は付添者) お名前