

整形外科外来問診票

ID ()

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: いまごろからですか? ()

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・

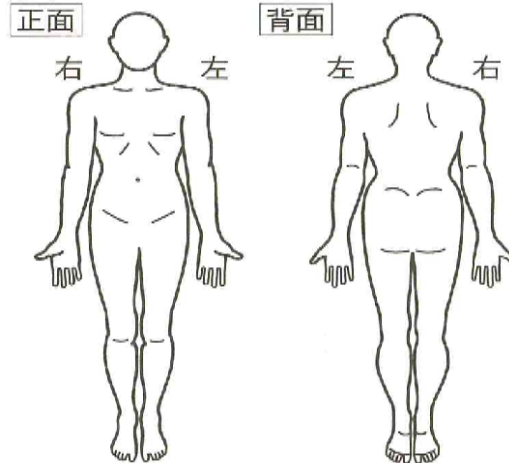
歩くことが多い・その他 ()

・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	フリガナ	
氏名	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	ホームページ、Google map、SNS (Instagram・X 等)、近い、看板、 (患者・アレックス職員・他院)の紹介(名前・施設名:)、 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? ※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 なし・あり 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

○学術研究や学術発表等へのご協力のお願い

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。

上記内容に対し同意いただける場合は、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はいつでも可能です。その際は、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