

整形外科外来問診票

ID ()

氏名 () 生年月日: 年 月 日

【現病歴：本日の受診理由】

※利き手：右・左

① 時期：いつごろからですか？ ()

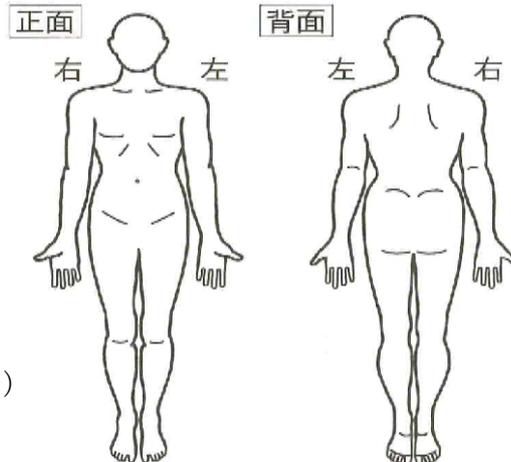
② 部位：() ➡右図に印をつけて下さい。

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 ()

【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を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？ ※お薬手帳を診察室にてお見せ下さい。

ない・ある：お薬の名前 ()

・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()

【基本情報】 身長 () cm 体重 () kg *検査、処方時に必要となります。

・介護保険利用の有無： 無 ・ 要支援 (1 2) ・ 要介護 (1 2 3 4 5)

申請中 ・ わからない

・(女性のみ) 現在、妊娠中または授乳中ですか？

※検査、治療に必要な情報となりますので、

ない・ある(週数: 週)

妊娠の可能性のある方も必ずお申し出ください。

・喫煙歴： ① 無 ・ ② 過去にあり ・ ③ 有

②③の方 → 喫煙本数 (本/日) 喫煙年数 (年) いつまで (歳)

・ご職業： 学生 ・ 無職 ・ その他(職業(学校)名:)

・職業の活動強度：デスクワーク・立ち仕事・力仕事・中腰が多い・その他 ()

・スポーツ歴：種目 ()

頻度 / 何年間 (/ 年間) 所属 ()

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		
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いない場合もございます 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をお願い

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