

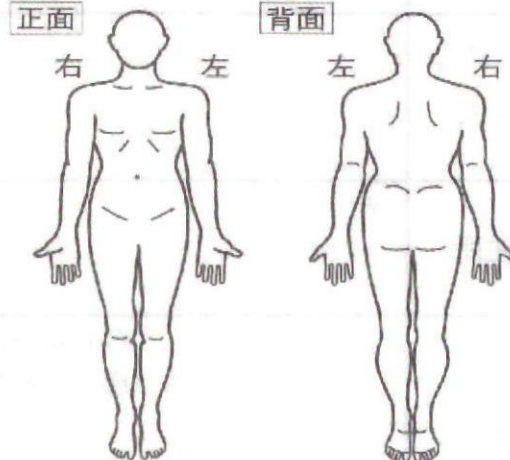
整形外科外来問診票

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 ()
- 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】

- 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・力仕事・中腰が多い・その他 ()
- 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 ()
- 喫煙歴について: ・無・過去にあり・有
(喫煙歴が過去にあり、もしくは有りの方のみ) 1日の喫煙本数 (本) 喫煙年数 (年)
- (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。
- 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
- 身長、体重 *検査、処方時に必要となります。 身長 () cm 体重 () kg

※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		
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