



(医)社団 百子会

やまな内科整形外科

整形外科問診票

記載年月日： 年 月 日

※他の医療機関からの紹介状がありますか？ いいえ はい（ご提示ください）

お名前	フリガナ	現住所	自宅電話： - -
	男・女		緊急連絡先
生年月日		大正・昭和・平成・令和	年 月 日

過去1ヶ月以内に県外・海外に行きましたか？ いいえ はい（いつ： 場所： ）

〃 県外・海外渡航者と接触がありますか？ いいえ はい（いつ： 場所： ）

輸血（血液製剤）を受けたことがありますか？ いいえ はい

過去1年間で特定健診又は高齢者健診を受けましたか？ いいえ はい わからない

① 本日の症状についてお伺いします。

どのような症状ですか？

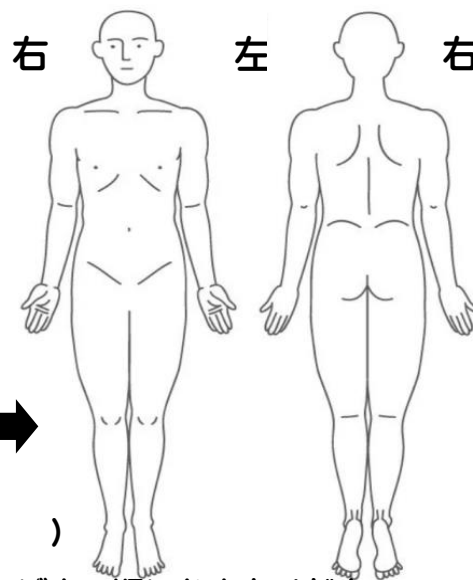
{ }

その症状はいつ頃から始まりましたか？

思い当たる原因はありますか？

{ いつ頃から 原因は？ 特になし 工作中（労災） 交通事故 }

症状の箇所を右の図にお示してください



その症状について、他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい（医療機関名： ）

② 今までに大きな病気や手術をされたことがありますか？ あれば古い順にお書きください。

いいえ はい（ ） 〈例〉15歳 肺炎

③ 現在、定期的に他の医療機関で治療を受けていますか？

いいえ はい（病名： 医療機関名： ）

※その医療機関で、お薬の処方があれば、お薬の名称をご記入ください。

{ }

ペースメーカーを装着されていますか？ いいえ はい わからない

④ 今までに、薬や食べ物で発疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい（薬品名： 食べ物： ）

⑤ 女性の方のみお伺いします。

妊娠中ですか？ いいえ はい（予定日： 年 月 日） 可能性あり

⑥ その他、何かお困りのことやご希望がありましたらご記入ください。

{ }

当院は、オンライン資格確認システムを導入して診療情報を取得・活用して質の高い医療の提供に努めています。
 2024年12月より、医療情報取得加算として初診日に1点、再診日（3ヶ月ごと）に1点の料金がかかります。
 1点は10円となり、その日の合計金額で自己負担割合により負担金額が変わります。