

エメラルド整形外科疼痛クリニック問診票

令和 年 月 日

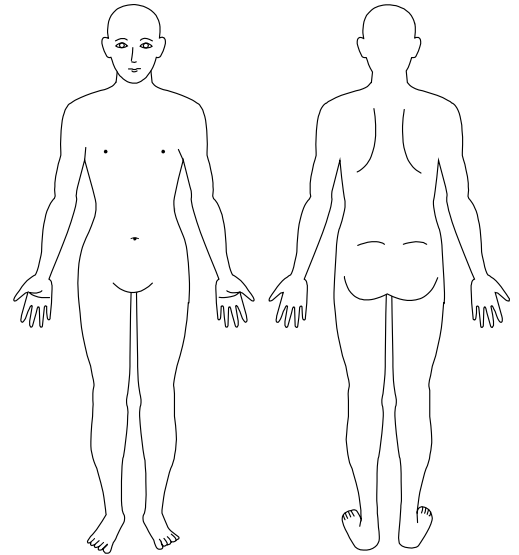
ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
お名前	様			
ご住所	〒	電話		

1. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい・いいえ
2. 該当のある方は○をつけてください。（通勤中・仕事・交通事故）
3. 本日受診した症状についておたずねします

症状のある部位を右図にご記入ください

症状

発症時期・発症の原因



4. これまでに手術をしたり、病気やケガをしたことはありますか？
はい・いいえ
病名

5. 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい・いいえ
病名
医療機関名

6. 現在、処方されている薬はありますか？ はい・いいえ
薬手帳はありますか？ はい・いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能)

7. 体の中に金属や人工物が入っていますか？ はい () ・いいえ

8. 薬や食品などでのアレルギーはありますか？ はい・いいえ
原因・症状

9. 現在、妊娠中（あるいは可能性あり）または授乳中ですか（女性のみ） はい () ヶ月・授乳中・いいえ

10. 当院を受診されたきっかけは何ですか？

(通りがかり、友人の紹介、新聞広告、チラシ、内覧会、インターネット、ラジオ、雑誌、地下鉄、バス、ほか)

11. インターネットをご覧になられた方にご質問です どのようなキーワードで検索されましたか？
よろしければお答えください (, , ,)

12. この1年間で健診（特定健診および高齢者健診に限る）を受診しましたか？ はい・いいえ
(マイナ保険証による情報取得に同意した方については、記載を省略可能)

13. マイナ保険証による医療情報取得について ☐同意する

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

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いたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算：初診時・マイナ保険証あり⇒2点加算、初診時・マイナ保険証なし⇒6点加算
再診時・マイナ保険証なし⇒2点加算（1か月に1回）