

# 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
お名前	様			年 月 日生
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

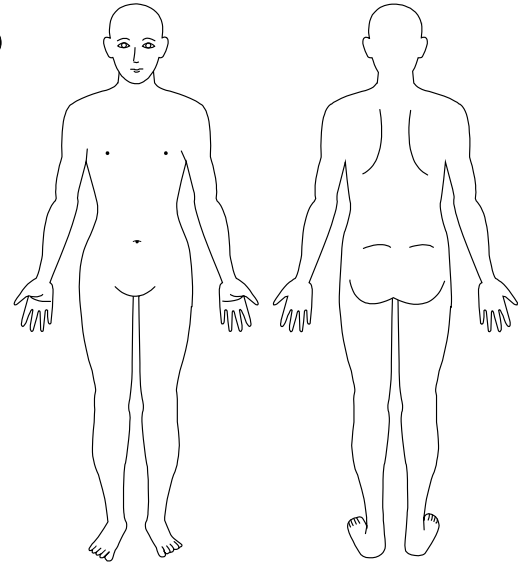
4. 手術や、病気やケガをしたことはありますか？ (はい・いいえ)

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 ( 月・授乳中)・いいえ

10. 当クリニックでは、骨粗鬆症に対し積極的に治療を行っています。

骨粗鬆症の検査や治療を希望しますか？ (はい・いいえ)

11. 当院をお知りになったきっかけは？ (複数回答可)

- ①家族から聞いて(家族 \_\_\_\_\_ 様に通っているから) ②知人 \_\_\_\_\_ 様から聞いて  
 ③他の医療機関から聞いて ④近所・通りがかり ⑤看板を見て ⑥地下鉄のステッカーを見て  
 ⑦当院のホームページ(当てはまるものに○をつけてください: スマートフォン タブレット パソコン)  
 ⑧病院ナビ ⑨ドクターズ・ファイル ⑩回覧板を見て ⑪そのほか ( )

12. 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 ( , , )

13. 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)

14. 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DX推進体制整備加算 2⇒11点 ◆初診時: 医療情報取得加算⇒1点