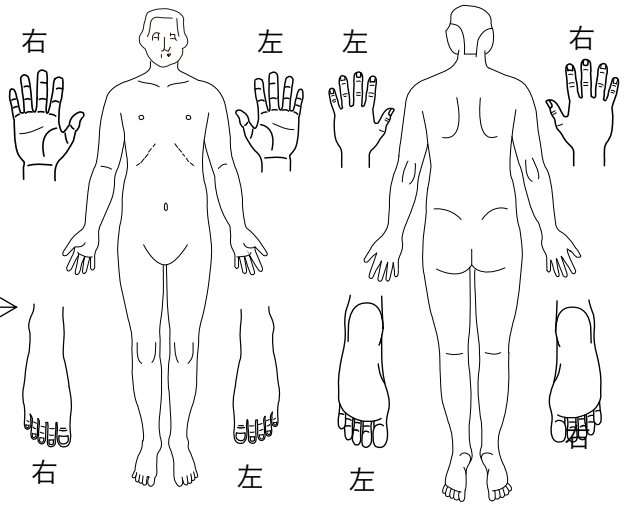
医療法人社団
あかおぎ整形外科クリニック
Akaogi Orthopaedic Clinic

問診票

令和　　年　　月　　日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男 女	大・昭・平・令 年　月　日生	歳
ご住所	〒　　-		携帯	
			電話	
介護認定	なし　／　要支援１・要支援２　　要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５			
マイナ保険証	マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか　　はい・いいえ			

※ 当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。マイナ保険証を使用して受診歴、薬剤情報、特定健診情報等を取得・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



1) どのような症状で来院されましたか

ア）　痛い　　イ）しびれる
ウ）　腫れている　　エ）動きが悪い
オ）　その他（　　）

2) 具合の悪いところに○印をつけてください ⟶

3) その症状が出たのはいつからですか
（　　頃から）

4) 原因として思い当たることはありますか
（　　）

5) 今回の症状に対して治療を受けたことがありますか（はい・いいえ）
（医療機関名：当院 / 他院：＿＿＿＿＿＿いつ頃ですか：＿＿＿＿＿＿）

6) 紹介状はお持ちですか　（ はい・いいえ ）
※お持ちの方は受付に提出してください※

7) お仕事は何ですか
農業・事務職・製造業・土木建築業・運送業・主婦・教員・医療関係
介護士・学生（小・中・高・大・専：＿＿年生)・その他（　　）

8) 運動・スポーツはしていますか（ はい・いいえ ）※トリニタス所属：はい・いいえ
（種目：　　）

9) 治療中の病気はありますか　（　はい　・　いいえ　）
高血圧・高脂血症・糖尿病・胃潰瘍・喘息・心臓病
腎臓病・肝臓病・脳梗塞・その他（　　）
（医療機関名：　　）

10) 服用中の薬はありますか（ はい・いいえ ）お薬の名前：（　　）
お薬手帳(あり・なし・忘れた) ※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください※

11). 今までに入院・手術をしたことがありますか　（ はい　・　いいえ ）
入院（病名：　　）＿＿＿年頃　手術（　　）＿＿＿年頃

12) 薬（アルコール、麻酔薬を含む）や食べ物のアレルギーはありますか（はい・いいえ）
（薬の名前：　　）（食べ物：　　）

13) 女性の方へ：妊娠の可能性はありますか（はい・いいえ）現在授乳中ですか（はい・いいえ）

14) 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか
他院からの紹介・知人の紹介（差し支えなければお名前を教えて下さい：　　）
口コミ・ホームページ、インターネット検索・近所