

年 月 日

ID _____

中村整形外科

問診表

氏名 _____

身長(cm) 体重(kg) 体温(℃) 職業()
※妊娠の可能性(無・有→妊娠 週)※薬アレルギー(無・有→)
スポーツ(無・有→) 介護認定(無・要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5)

●紹介状は持参していますか？
はい いいえ

●いつからですか？
月 日 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前

●症状のある部位はどこですか？(○で囲んでください)



●どのような症状ですか？ (【例】痛み 痺れ 手のこわばり 腫れ 発赤 傷がある など)

●原因と思われることはありますか？
(無・有 →)

●今回の症状について受診されたことがありますか？
(無・有→いつ 病院名)

●手術歴、治療歴を分かる範囲で記入してください。

無・有 いつ()病名() 治癒・治療中 病院名()
 いつ()病名() 治癒・治療中 病院名()
 いつ()病名() 治癒・治療中 病院名()

●内服はありますか？※お持ちでしたら薬手帳の提出おねがいします。忘れた場合は次回提出して下さい。お持ちでない場合や覚えていない場合は空白で大丈夫です。
無・有→()

●何か心配なことがあれば記入してください。

★裏面につづく

本日マイナ保険証は持参されましたか？

はい

いいえ

マイナ保険証による診療情報の取得に
同意しますか？

- はい
- いいえ

1年以内で健診（特定健診及び高齢者健診）
を受診されましたか？

- はい
（いつ ）
（病院名 ）
（指摘事項 無・ ）
有（ ）
- いいえ

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。