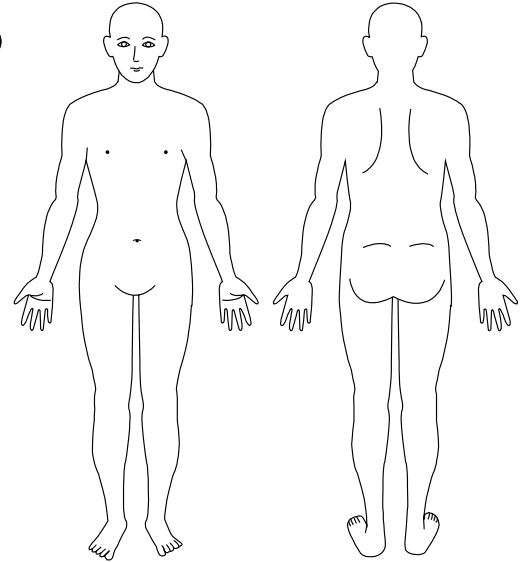


エメラルド整形外科疼痛クリニック問診票

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病院なび
- ⑨ドクターズ・ファイル
- ⑩その他ホームページ()
- 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1⇒11点

◆初診時：現行の保険証⇒医療情報取得加算1⇒3点、マイナ保険証⇒医療情報取得加算2⇒1点