

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

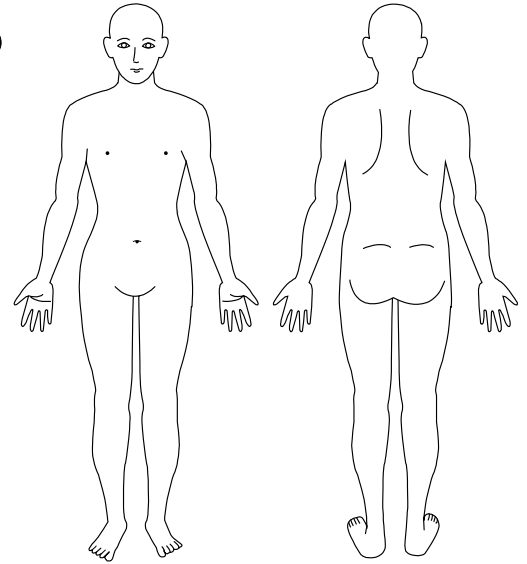
4. 手術や、病気やケガをしたことはありますか？ (はい・いいえ)

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 (ヶ月・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 1⇒11点 ◆初診時: 医療情報取得加算⇒1点