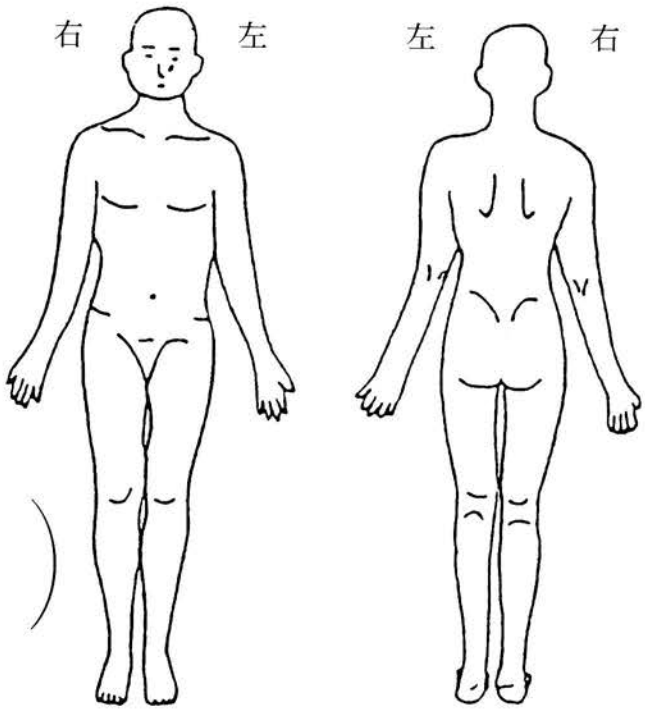
問　診　票

No.　　氏名

1. いつごろから、どのような症状がありますか。

○いつごろから　　年　　月　　日

○悪い所を右の図に○印して下さい。



○どのような症状ですか。

○痛　い

○しびれる

○その他

(　　)

2. いままで何か病気にかかったり、手術をうけたことがありますか。

○　は　い　　いいえ

○どのような病気ですか。

(当院で手術を受けたことはありますか。
は　い　　いいえ)

3. 現在なにか他の病気で治療をうけていますか。

○　は　い　　いいえ

○どのような病気ですか。

高血圧　　心臓病　　脳卒中　　肝臓病　　腎臓病

糖尿病　　痛　風　　リウマチ

その他　(　　)

4. 投薬をうけていますか。

○　は　い　　いいえ

5. アレルギー体質ですか。

○　は　い　　いいえ

○どのようなアレルギーですか。

じん麻疹　　喘息　　薬アレルギー（薬剤名：　　）

その他

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠の可能性はありますか。

有　　無

大分整形外科病院

診　療　申　込　書

保険種類	社保　・　国保　・　後期　・　生保　・　自費		
ふりがな		性　別	生　年　月　日
氏　名		男　・　女	明　・　大　・　昭　・　平　・　令 年　　月　　日生 （　　歳）
住　所	〒		
電話番号	自宅　　－　　－　　－ 携帯番号　　－　　－　　－		
勤務先	勤務先名称： 電話番号　　－　　－　　－		

診療申込書に記載された個人情報は、原則として診療・健康管理の目的以外に使用せず、
また個人情報を外部の第三者に提供しません。

以下の質問にお答えください。（〇印をつけて下さい）

１．今までに当病院を受診されたことがありますか。

はい　（　　年ころ）　　いいえ

２．紹介状等をお持ちですか。

はい　　いいえ

３．勤務中又は通勤途中の負傷が原因ですか。

はい　　いいえ

４．交通事故（第3者行為）との関係はありますか。

はい　　いいえ

５．介護保険の認定を受けていますか。

はい　　いいえ

６．本日はマイナ保険証を利用されましたか？

はい　　いいえ

「はい」の方⇒マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

はい　　いいえ

７．この1年間で健診（特定健診・高齢者検診に限る）を受けられましたか？

（40歳以上の方のみ）　※マイナ保険証による情報取得に同意された場合は省略可能

はい　　いいえ

当院は診療情報を取得・活用することで、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。
♦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。

大分整形外科病院