□マイナ受付

たけうち整形外科　問診票

医療機関記入欄

交通事故　　労災（仕事中・通勤途中）
学校の怪我　　（ 医併用・保単独 窓口負担有 ）

フリガナ		性別	生年月日	年齢	介護認定
お名前		男 女	大・昭・平・令 年　月　日	歳	有 無
ご住所	（〒　　ー　　）		TEL		

どのような症状ですか？

痛い　しびれる　動きにくい
腫れている　傷がある　やけど
骨粗鬆症の検査　検診
その他（ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

いつ頃から症状が出てきていますか？

＿＿月＿＿日　＿＿日前
＿＿週間前　＿＿ヶ月前　＿＿年前

症状が出たきっかけや状況は何ですか？

転倒　落ちた　ぶつけた　ひねった
運転中　切った　はさんだ　原因不明
その他（ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

現在治療中の病気はありますか？

いいえ　はい
高血圧　糖尿病　喘息　心疾患
精神疾患　その他（ ＿＿＿＿＿＿ ）

現在お薬を飲んでいますか？

※お薬手帳を提示していただければ記入は不要です。

いいえ　はい（ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

今までに手術を受けたことはありますか？

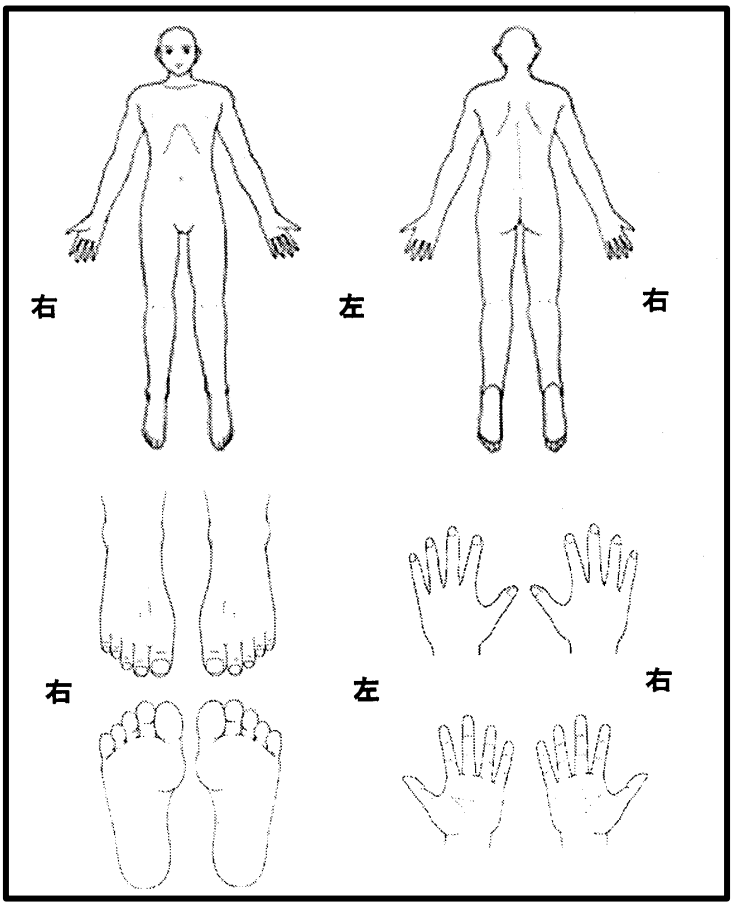
いいえ　はい（ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

TAKEUCHI ORTHOPEDICS
たけうち整形外科

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致します。

◆医療情報・ｼｽﾃﾑ基盤整備体制充実加算（初診時）
加算1　4点　or　加算2（マイナ保険証）　2点

症状のある部位に○で印をつけて下さい。



アレルギーはありますか？

いいえ　はい（ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

現在妊娠または授乳中ですか？

いいえ　はい（ 妊娠　＿＿ヶ月 ・ 授乳中 ）

お酒はのみますか？

いいえ　はい

たばこは吸いますか？

いいえ　はい

当院をどのようにして知りましたか？

近所のため　知人の紹介　病院の紹介
インターネット（ GoogleMap　その他の媒体 ）
その他（ ＿＿＿＿＿＿＿＿ ）