

マイナ受付

医療機関記入欄

たけうち整形外科 問診票

交通事故 労災（工作中・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	(〒 -)		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？

本日 ____月 ____日 ____日前
____週間前 ____ヶ月前 ____年前

症状が出たきっかけは何ですか？

転倒 落ちた ぶつけた ひねった
運動 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
腎機能障害 喘息 心疾患 精神疾患
その他 (_____)

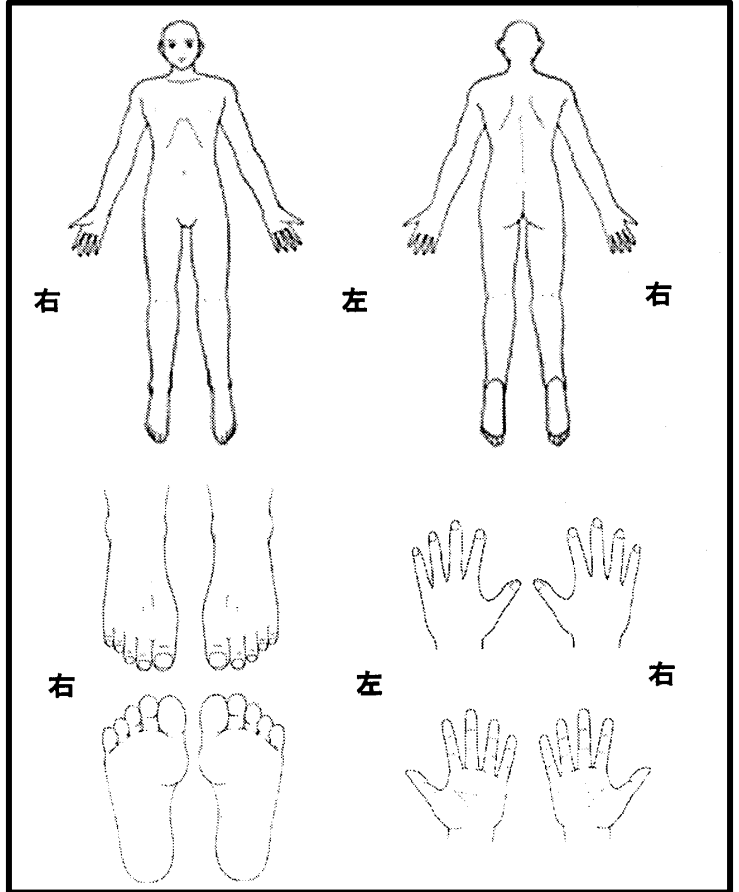
現在お薬を飲んでいますか？

※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 (_____)

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 (_____)

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。

◆医療情報取得体制加算

初診時：加算1 3点 or 加算2 (マイナ保険証) 1点
再診時：加算3 2点 or 加算4 (マイナ保険証) 1点