

黒のボールペンで記入してください。

問診票は次ページにあります。2、3枚目を印刷してください。

大切な患者様へお願いです 問診票の前にご確認ください。

◎他の整形外科（接骨院含む）に通院中の患者様へ

通院中の場合、安全管理上（投薬や検査の重複防止）の理由から保険診療の併診は不可のため、以下の3つから選択となります。

- ① 現在通院中の整形外科に受診
- ② 当院へ転医し全ての治療を引き継ぐ
 - ・紹介状がなくても受診可能ですが、改めてレントゲン検査等を行います。（術後の経過観察は除きます）
- ③ セカンドオピニオンとして受診する（自費）

◎精密検査希望の方

他院整形外科を受診し診断がつかず、MRIなどの検査（XP,エコー以外）を希望の場合は受付にお声を掛けてください。

◎お薬手帳をお持ちください

服薬されているお薬がある場合、お薬手帳か、服用しているお薬のわかるもの（薬袋、現物）を初診時にお持ちいただきますようお願い申し上げます。

ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくお尋ねください。

また、問診表は黒のボールペンで記入をお願いします。

蕨セントラル整形外科

黒のボールペンで記入してください。

藤セントラル整形外科

問診表 DL 版 (表)

来院日

ふりがな	ID
氏名： (男・女) ご職業 ()	
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住所：〒 県・都 市・区	
電話番号：自宅 () — 携帯 () —	
①保険の種類 <input type="checkbox"/> 保険診療(健康保険) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> スポーツ保険 <input type="checkbox"/> その他	
②スポーツや運動をしている方 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ()	
③付き添いの方 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる →ご関係 () ⑤問診票の代筆 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
④マイナ保険証による診療情報取得について同意しますか <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> まだ持ってない	

1 診察を希望する部位はどこですか？ (複数ある場合は、優先順位①から順に記入して下さい)

※部位が多い場合、混雑状況によっては後日に分けて診察させていただく場合があります。

<p>① _____</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状はどのような状態ですか？ <input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>その他 () ・症状はいつからですか ・本日 ・令和 年 月 日 ・ぶつけた、ひねった等のケガですか？⇒いいえ・はい (受傷日/令和 年 月 日) ・ケガの場合、受傷時の状況 () ・他院に受診しましたか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>病院 () <input type="checkbox"/>接骨院等 ・受診した場合、他院では何といわれましたか ()
<p>② _____ (2 番目に診察を希望する部位を記入してください。なければ記入不要です。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状はどのような状態ですか？ <input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>その他 () ・症状はいつからですか ・本日 ・令和 年 月 日 ・ぶつけた、ひねった等のケガですか？⇒いいえ・はい (受傷日/令和 年 月 日) ・ケガの場合、受傷時の状況 () ・他院に受診しましたか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>病院 () <input type="checkbox"/>接骨院等 ・受診した場合、他院では何といわれましたか ()
<p>③ _____ (3 番目に診察を希望する部位を記入してください。なければ記入不要です。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状はどのような状態ですか？ <input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>その他 () ・症状はいつからですか ・本日 ・令和 年 月 日 ・ぶつけた、ひねった等のケガですか？⇒いいえ・はい (受傷日/令和 年 月 日) ・ケガの場合、受傷時の状況 () ・他院に受診しましたか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>病院 () <input type="checkbox"/>接骨院等 ・受診した場合、他院では何といわれましたか ()

黒のボールペンで記入してください。

蕨セントラル整形外科

問診表 DL版 (裏)

→前項からの続き

- 2 現在、他のクリニックや病院に通院していますか？ いいえ はい
・整形外科 ・内科 ・歯科 ・眼科 ・耳鼻咽喉科 ・皮膚科 ・その他 () 科)
病院名 (, ,)
病名 (, ,)
- 3 当院処方薬以外で飲んでいるお薬はありますか ない ある
- 4 お薬手帳はお持ちですか ある 携帯アプリ ない
本日忘れた⇒お薬名 ()
- 5 お薬や注射のアレルギーはありますか ない ある ()
- 6 今までに大きな病気やケガをしたことはありますか ない ある ()
- 7 今までに大きな手術をしたことはありますか ない ある ()
- 8 ペースメーカーや人工関節など体に金属が入っていますか ない ある ()
- 9 お薬の処方を希望しますか。 内服希望 湿布または塗り薬希望 (どちらかになります)
希望なし 医師の判断に任せる
- 10 注射は希望されますか 希望する 希望しない 医師の判断に任せる
- 11 リハビリが必要な時、週に何回通えますか (当院休診日：水曜・土曜午後・日曜祝日)
何回でも通院可能 週 2-3 回程度 週 1 回程度 来られない その他 ()
- 12 ※女性の方へ 現在妊娠中・妊娠している可能性はありますか
妊娠していない わからない 妊娠中 授乳中
- 13 今までに骨粗鬆症の検査を受けたことがありますか ない ある 骨粗鬆症治療中
- 14 介護認定 ない ある (介護度 ⇒ 要支援 1. 2 ・要介護 1. 2. 3. 4. 5)
- 15 ※交通事故の方 ・診断書(希望・不要) ・保険会社へ連絡 (有・無) ・警察届出 (済・未)
- 16 ※労災 (予定を含む) の方 ・会社提出用診断書 (希望・不要)
- 17 当院に来院したきっかけを教えてください (複数回答可)
1. 現在通院中 2. 以前かかったことがある 3. 近くに住んでいる 4. 他医療機関からのご紹介
5. インターネット検索⇒ 検索ワードを教えてください ()
6. 家族・知人のご紹介(お名前:) 7. その他()