問　診　票

年　　月　　日

フリガナ	（　男　・　女　）	身長　　ｃｍ	体重　　ｋｇ
お名前	生年月日（大・昭・平・令）　年　月　日（　歳）		
	ご住所　〒　—		

電話番号（　　携帯電話（

本日は、下記のいずれをお持ちでしたか？
□健康保険証　□マイナ保険証

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？
□同意する　□同意しない　□マイナ保険証準備中

現在、介護保険をご利用ですか？
□はい　□いいえ

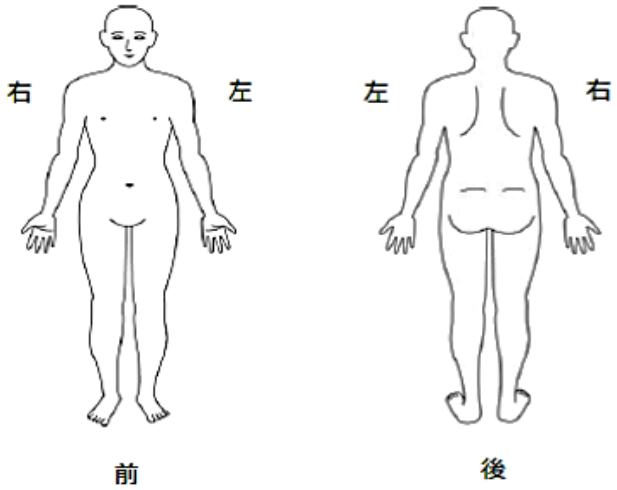
直近1年間で健診（特定健診や高齢者健診など）を受けられましたか？
□はい　□いいえ
健診名：
いつ頃：　年　月　ごろ

❶ いつからですか？　年　月　日

❸ どのような症状ですか？
症状の場所：
症状の内容：

❹ 症状の原因・きっかけはありますか？
□スポーツ　□その他　□原因不明
□交通事故
事故日：　年　月　日
□労災　（□仕事中　・　□通勤中）
受傷日：　年　月　日
勤務先名
勤務先電話番号

❷ 症状のある場所に印をつけて下さい



❺ 現在、治療中の病気・けが・処方薬はありますか？
□ある　□ない
病傷名：
医療機関名：
受診日：　年　月　日
処方薬：

❻ 今までに手術を受けたことはありますか？
□ある　□ない
傷病名：
医療機関名：
手術日：　年　月　日

❽ 嗜好品について
たばこ　□吸う（1日/　本）
□禁煙した　□吸わない
アルコール □　飲む（量：　）　□飲まない

❼ 腎臓・肝臓の機能障害がありますか？
□ある（ 肝臓 ・ 腎臓 ）　□ない

❾ アレルギーはありますか？
□ある　□ない
□薬　（□飲み薬　□湿布　□消毒薬　□麻酔）　/　薬品名：
□食べ物　/　食品名：
□その他：

❿ 女性のみお答えください
□妊娠中（　ヶ月）　□授乳中　□妊娠していない

⓫ スポーツをされている方
スポーツ種目　/ポジション：
学校名・チーム名など：　/紹介者：

紹介状や画像データ(CD-R等)はありますか？
□はい　□いいえ

井戸田整形外科にかかっていますか？
□はい(受診日：　年　月　日)　□いいえ

当院は診療情報を取得/活用する事により、質の高い医療の提供に努めており、正確な情報を取得/活用する為マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。 医療情報システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1：6点/加算2：2点(マイナ保険証を利用した場合)