

うしく整形外科クリニック 予診票

ふりがな

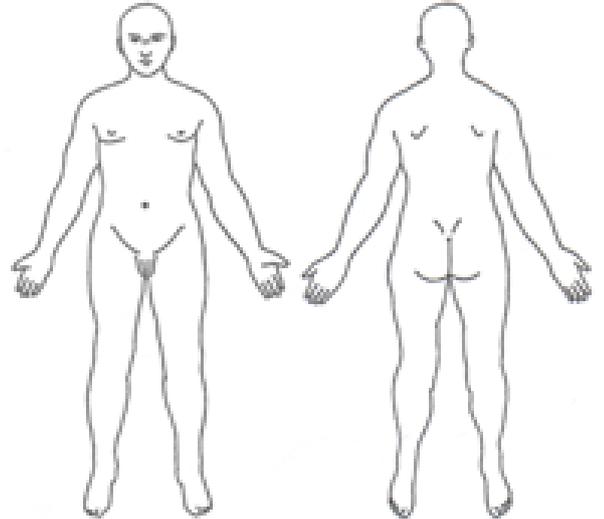
令和 年 月 日

氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日: 明・大・昭・平・令 ____年__月__日

〒 _____ 住所 _____
電話番号: (_____) _____

1) 今日は体のどこが悪くて受診されましたか？
(右の図に○をつけてください)

2) どうされましたか？
痛い・しびれる・動かない・腫れる・変形がある
その他(_____)



3) それはいつ頃からですか？
本日から・__日前から・__週間前から
その他(_____)

4) 思い当たる原因がありますか？
転倒・スポーツ・交通事故・使いすぎ・仕事(立ち仕事・座り仕事・重いものを持つ)
原因不明・その他(_____)

5) そのことについてどこかで治療を受けられましたか？
治療はしていない
治療をしている: いつ: _____ どこで: _____
治療内容: 内服・シップ・注射・はり・マッサージ・その他(_____)
※他の病院からの紹介状(CD-R 含む)をお持ちでしたら受付にお渡しください

6) 薬などのアレルギーがありますか？ ない・ある (_____)

7) 現在、以下の病気で治療、服用中の薬などはございますか？
糖尿病・高血圧・高脂血症・痛風・ぜんそく・胃潰瘍・心臓病・腎臓病・肝臓病
その他(_____)薬名(_____)

8) 現在、妊娠している可能性はありますか？ ない・ある

9) 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？
紹介・チラシ・看板広告・ホームページ・近くに住んでいる・
家族が通院していた・コナミスポーツクラブの会員・その他(_____)

10) 介護保険の認定を受けていますか？
要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

うしく整形外科クリニック 予診票

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

11) マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい・いいえ

12) この1年間に(特定健診または高齢者健診に限る)を受けられましたか？

はい・いいえ

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、ご理解をお願いいたします。