

受診日： 年 月 日

問診票 及び 新患診療申込兼同意書

初・再

- ◆ 以前当院で受診されたことはありますか。 はい (いつ頃) いいえ ID: _____
- ◆ 今回受診されるのは交通事故や仕事上のケガが関係ありますか。
(自賠責・労災保険使用の可能性はありますか) はい (交通事故/仕事上) いいえ
- ◆ 介護保険をお持ちですか。 (要支援1・2/要介護1・2・3・4・5) いいえ
- ◆ 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
- ◆ この1年間で特定健康診査または高齢者健診を受診しましたか? ※マイナ保険証の情報取得に同意した方は記入不要
はい (時期: 指摘事項:) いいえ

個人情報利用同意書

私は、貴院の個人情報保護指針及び個人情報の利用目的に同意し診察を申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生	歳
住所	〒 -		職業	立ち仕事 デスクワーク	
電話	自宅		携帯		

身長： _____ cm 体重： _____ kg

1. 紹介状・画像CD-R等をご持参されていますか?

いいえ はい (内容: _____)

2. どのような症状でご来院されましたか?

3. いつごろから症状は出てきましたか?
_____年_____月_____日頃から

4. しびれはありますか? (有 ・ 無)

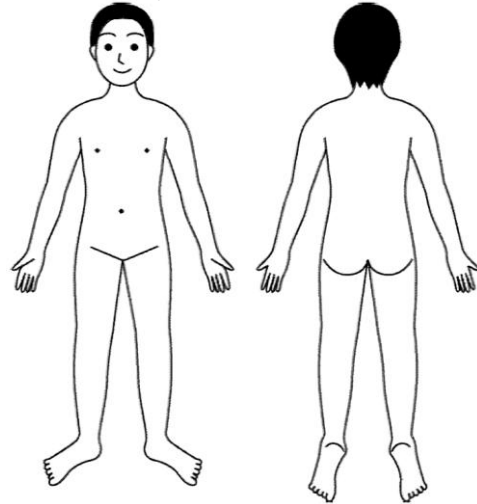
5. どの程度痛みますか?

0から10の数値に丸をつけてください。

0 (痛み無し) →→→ 10 (想像できる最大の痛み)

動作時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
夜中	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
安静時	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

↓症状(痛みやしびれなど)のある部位に
印をつけてください↓



6. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか?

交通事故 仕事 スポーツ (_____) 転倒

特に原因なし その他 (_____)

7. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか?

いいえ はい → 病院・医院名: (_____)

治療内容: 投薬 注射 物理療法 その他 (_____)

検査: レントゲン MRI その他 (_____)

<※裏面もご記入ください>

8. 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 脳梗塞 心臓病 腎臓病
胃潰瘍 リウマチ その他 ()
喘息 (最終発作日: 年 月)

「はい」の方はお薬手帳をご提示ください。お持ちでない場合は服薬中の薬をお書きください
お薬手帳: 提示 なし → 服用中のお薬の名前: ()

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

- いいえ はい → 消毒薬 その他の薬 ()
食べ物 ()

10. 過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？

- いいえ
はい 手術名: () / 年/ 病院名: ()
手術名: () / 年/ 病院名: ()

11. タバコを吸いますか？また、お酒を飲みますか？

- いいえ
タバコを吸う 頻度: (本・箱 / 日)
お酒を飲む 量: (種類: ml / 日)

12. 何かスポーツ (運動) をしていますか？

- いいえ
はい 競技・スポーツ名 () 頻度: (回 / 週・月)
学校・クラブ名 () ポジション ()

13. 【治療方針の希望について】以下の内容についてお聞かせください

- 保険診療の範囲で治療を受けたい
自費診療での治療を検討してもよい
主治医と相談して決めたい

14. 一日の生活についてお聞かせください

睡眠時間 約 時間 (就寝時間)
テレビ、ケータイの使用時間 約 時間

15. 普段の食事に関してお聞かせください

- 栄養バランスに気を付けている 外食が多い 甘い物が好き 朝ご飯を食べない
サプリメント使用 (具体的に) 食欲低下

16. 【女性の方】妊娠・授乳についてお聞かせください

- 妊娠していない 妊娠している可能性がある
妊娠中である (週目) 授乳中である

17. 当院をお選びいただいたきっかけと、ご自宅 (職場) からの主な交通手段をお聞かせ下さい (複数可)。

- 近い 通りがかり 看板 (横断幕) (地下鉄野田阪神駅・新橋筋商店街・クリニック前)
当院ホームページ Google Instagram LINE広告 その他SNS: ()
他の医療機関からの紹介 (医療機関名:)
セミナー (名前:)
バス (車内ステッカー・アナウンス)
人からの紹介 (職員・ご家族・知人 お名前:)
その他 ()

交通手段: 徒歩 車 バス タクシー 自転車 原付・バイク J R 地下鉄

< ご協力ありがとうございました >

ご記入いただきましたこの問診票の個人情報につきましては、診療録 (カルテ) と同様に厳正に管理されます
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いたします。



ソラリス整形外科
大阪福島リハビリテーションクリニック