

問 診 表

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
お名前	様				
ご住所	〒 -			電話 番号	() -
希望Dr	☐ 川村 五郎 医師 ☐ 川村 大介 医師 ☐ 倉 秀美 医師 ☐ 関口 博文 医師 ☐ 希望せず				

・本日、受診された症状について

- ☐ 痛い ☐ しびれる ☐ おもい
☐ 腫れている ☐ 冷える ☐ 動きが悪い
☐ その他 ()

(原因は何かありますか？)

(いつ頃からですか？)

・これまでに入院や手術を要する病気等にかかったことがありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

(医療機関名)

(時期)

(病名)

(治療内容)

・マイナ保険証による情報取得に同意しますか

- ☐ はい ☐ いいえ

他の医療機関からの紹介状はありますか

- ☐ はい ☐ いいえ

・この症状で他の医療機関に通院していますか

- ☐ している ☐ していない

(医療機関名)

(受診日)

(治療内容)

・この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)

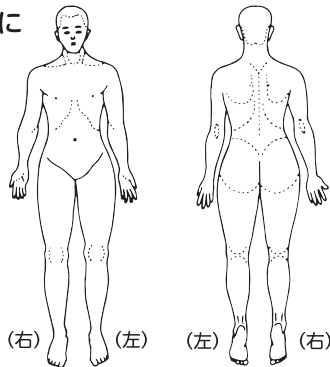
を受診しましたか

- ☐ はい ☐ いいえ

・診察してもらう部分に

○をつけてください

- ☐ 下肢(膝)
☐ 肩
☐ 腕



・現在、何か薬を飲んでいますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

(薬の名前)

(投薬期間)

・薬でアレルギーを起こしたことがありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

(薬の名前)

・女性の方のみお答えください

現在妊娠中ですか ☐ はい (週) ☐ いいえ

現在授乳中ですか ☐ はい ☐ いいえ

・糖尿病にかかったことがありますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

・心臓ペースメーカーを使用していますか？

- ☐ はい ☐ いいえ

・当院を何でお知りになりましたか？

☐ 家族・知人の紹介 ☐ インターネット

☐ 他院からの紹介

☐ その他 ()

・介護認定

☐ 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 ☐ 介護保険なし

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。

医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

◆ 健康保険証を提示した場合：4点 [加算1]

◆ マイナ保険証を利用した場合：2点 [加算2]



医療法人カワムラメディカル
かわむら整形外科

リウマチ・人工関節センター
リハビリテーション・関節鏡センター