

米倉整形外科クリニック 初診申込書

当院における個人情報保護の指針について

1. 患者さまとの信頼関係のもと、患者さまご自身の情報をご提供いただくことなしに良い医療サービスを実現することはできません。当院は医療サービスに必要な範囲において皆様の個人情報を収集し、患者さまの同意のもと利用・提供を行ってまいります。
2. 患者さまからご提供いただきました個人情報は、紛失、破壊、改ざん及び漏洩が起らないよう適切な管理を徹底してまいります。
3. 個人情報に関する法令及びその他ガイドラインを遵守してまいります。
4. 個人情報保護の仕組みを継続的に改善できるよう、職員一同取り組んでまいります。

氏名	フリガナ
	男・女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ()歳
現住所	フリガナ
	〒 -
電話番号	自宅 - - 携帯 - -

(40歳以上の方)介護保険の有無	有(要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) 無
------------------	------------------------------

※裏面もご記入お願いいたします

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。
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致します。

◆医療情報・システム基盤設備体制充実加算

初診時:医療情報取得加算 1点 再診時(3ヶ月に1回):医療情報取得加算 1点

(記入不要)

紹介状	有・無
-----	-----

入力	
----	--

※紹介状お持ちの方は一緒にお出してください

整形外科問診票

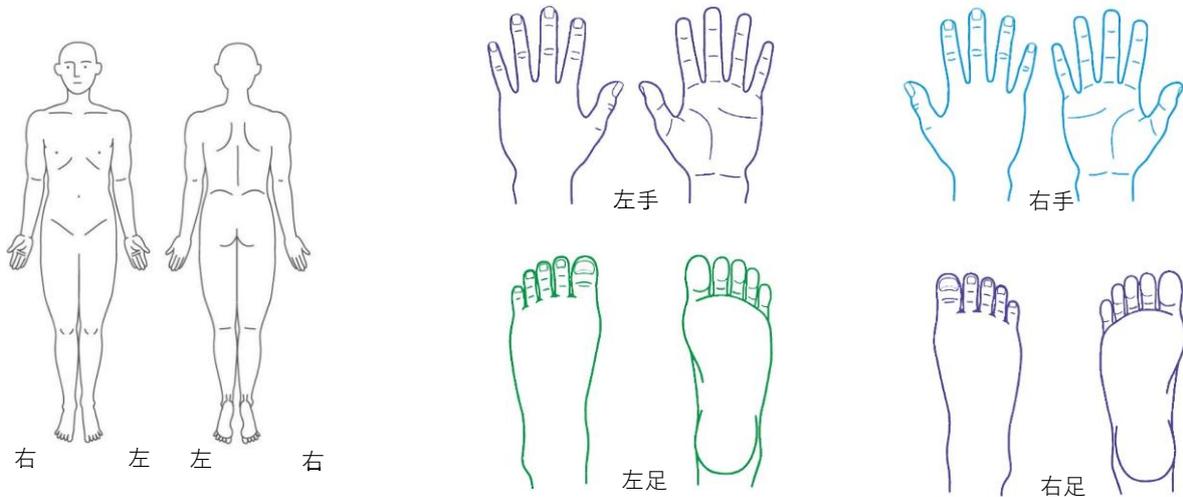
患者ID:

令和 年 月 日

フリガナ 氏名	年齢	歳	身長	cm	体重	kg
	職業					

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか [年 月 日 から]
 痛い ・ しびれる ・ 腫れている ・ その他 []

2. 症状のある部位に○を付けてください



自賠責 ・ 労災 予定 ・ なし 診断書希望

3. その症状が出るのに思い当たる原因がありますか
 交通事故(被害者・加害者・自損事故) ・ スポーツ外傷 ・ 工作中 ・ 通勤中 ・ 転倒 ・ その他
 具体的に() はい・いいえ

4. この症状で他院を受診しましたか
 例:手術した 注射をした CTやMRI撮影をした 薬の処方 経過観察といわれた
 病院名: 治療内容:
 時期:) はい・いいえ

5. 現在治療中の病気はありますか
 () はい・いいえ

6. 現在、服用している薬がありますか
 はいの方 [お薬手帳 ・ アプリ ・ マイナンバーで提供]
 お薬手帳 忘れての方 [血液をサラサラにする薬 ・ 喘息の薬 ・ 骨粗鬆症の薬 ・ 逆流性食道炎の薬]
) はい・いいえ

7. 今までに手術を受けたことがありますか
 時期: 内容:) はい・いいえ

8. 薬や注射、食べ物でアレルギーが起こったことがありますか
 () はい・いいえ

9.【女性の方へ】現在 妊娠している可能性はありますか
 () 週 授乳中 はい・いいえ

10.【50歳以上女性の方へ】骨密度検査を希望されますか
 はい・いいえ

11.【初診の方へ】当院系列の **米倉脊椎・関節病院** または **YSJ王子整形外科** に
 行かれたことはありますか
 はい・いいえ