

問 診 票

(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
お名前			年 齢	歳
ご住所	(〒 -)		岨 岨体重	Kg

本日はどうされましたか？

痛い	しびれる	腫れている	動かしにくい	感覚がにぶい
こわばる	しこりがある	出血している	歩行困難	
脊椎側弯症	骨粗鬆症検査			
前回と同じ症状	その他 ()			

症状はいつからですか？ _____ (受傷日： 年 月 日)

体のどの部分ですか？ _____

症状の原因は何ですか？

ころんだ スポーツ外傷 工作中的事故 (労災適応の可能性 ある ・ なし)

交通事故 (損害保険の利用 する ・ しない) その他 ()

現在、服用中のお薬はありますか？ (ある ・ ない)

ある方は、ご記入ください。 _____

現在、治療中の病気はありますか？ (ある ・ ない)

病名 _____ 医療機関 _____

今までにかかったことのある病気はありますか？ (ある ・ ない)

高血圧 糖尿病 HbA1c _____ 喘息 心臓病 肝臓病
その他 ()

◆ お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ (ある ・ ない)
どのような症状が出ましたか？ _____

女性の方に伺います。

・ 現在、妊娠中ですか？ (はい _____ ヶ月 ・ いいえ ・ わからない)

・ 現在、授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

当院のことは、何で知りましたか？

インターネット 看板 知人の紹介 他院の紹介 その他

◆ マイナ保険証による診療情報取得について

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) 加算 1 4点 加算 2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)