

問 診 票

年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (才)
氏 名	男 ・ 女	住 所	〒 ー
電話番号	【携帯】 ()	【自宅】	()
職 種 学 生	事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・無職・その他 () () 年生		
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()	身長()cm	体重()kg
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 持っていない			

●右図で、症状のある部位を○で囲んでください。

●症状はいつからですか？ ()

●どの様な症状ですか？

痛み しびれ 腫れ 動きが悪い

()

●症状が出たきっかけは何ですか？

交通事故 仕事中のけが 通勤・通学 スポーツ

特になし その他

()

●今回の症状を他の病院・接骨院等で治療されましたか？

はい いいえ

施設名 ()

治療内容：手術 投薬 注射 リハビリ その他 ()

検査：レントゲン MRI 血液検査 その他 ()

※紹介状・CD 等をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします。

●今までに手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

(いつ・手術名：)

●現在治療中の病気がありますか？ はい いいえ

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・ペースメーカー・喘息・肝臓病・腎臓病

その他 ()

●現在、内服している薬がありますか？ はい いいえ

薬剤名 ()

※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします。

●アレルギーがありますか？(薬、食べ物なども含めて) はい いいえ

何のアレルギーですか？ ()

●女性の方のみお答えください。妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

はい ()ヶ月 ()週 授乳中 いいえ

●当院をどのようにお知りになりましたか？

紹介・クチコミ・看板・ホームページ・前を通りかかって・その他 ()

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。

