

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日 (大・昭・平・令)	職種
氏名	様		年 月 日 才	学年
住所	〒	☎・携帯		体重 kg (18歳以下)
		緊急連絡先		

介護認定は受けていますか 要支援・要介護・いいえ

- 交通事故ですか いいえ・はい → 保険会社に連絡していますか いいえ・はい
 学校でのケガですか いいえ・はい → スポーツ振興保険を使いますか いいえ・はい
 労災ですか いいえ・はい → お仕事、通勤中のけがですか 工作中・通勤中

(注：労災は会社からの手続きの用紙が必要です)

*途中からの変更はお受けできない場合があります。

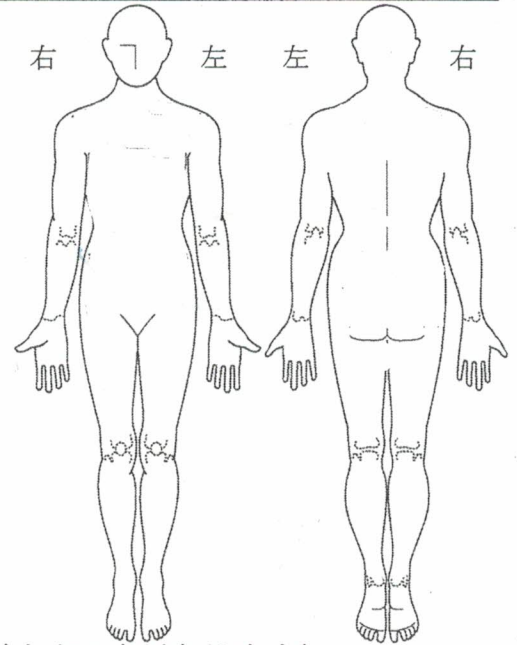
1.どのような症状がありますか。 **右の図に○をつけてください。**

痛い しびれてる 腫れている その他

2.いつからですか。()

3.原因と思われることはありますか。

いいえ []
はい []



4.今回の症状で他の医療機関に受診されましたか。

いいえ・はい (病院名)

5.現在治療中の病気はありますか。または過去に下記の病気をされたことはありますか。

いいえ [喘息() 高血圧症 心臓病 肝臓病 緑内障
 はい [糖尿病 高脂血症 腎臓病 胃潰瘍 その他()

6.お薬は飲んでいますか。 **※お薬手帳をお持ちの方は受付へご提示ください。**

いいえ・はい (内容)

7.今までに手術をされたことはありますか。 いいえ・はい()

8.薬・注射・食べ物などでアレルギーやじんましん・気分が悪くなったことはありますか。

いいえ・はい (何で / 症状)

9.女性の方へ 現在、妊娠または授乳をされていますか。 いいえ・はい()

10.マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。 はい・いいえ

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)