

# 問 診 票

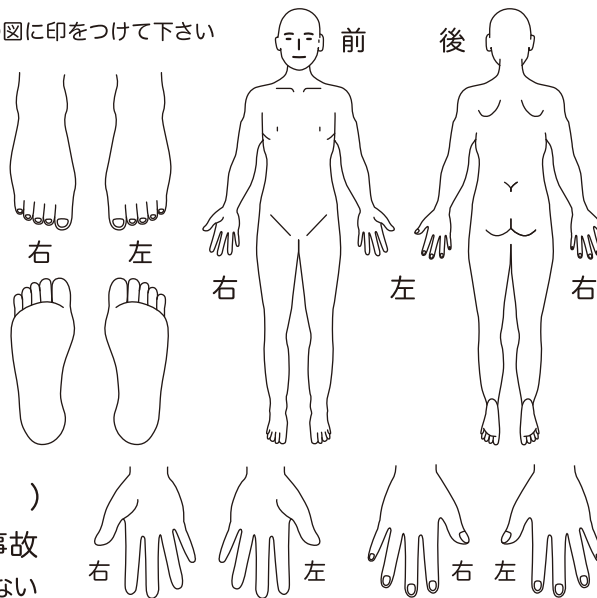
NO: \_\_\_\_\_  
令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	性 別
氏 名	大・昭 平・令 年 月 日	男・女
現住所 〒 _____		職 業 / 学 年
【自宅】電話番号	【ケイタイ】電話番号	身 長
		cm
		体 重
		Kg

◆この1年間で特定健診・高齢者健診を受診しましたか？ は い ・ いいえ

◆『マイナ保険証』による診療情報取得に同意しますか？ は い ・ いいえ

◎図に印をつけて下さい



1. 本日はどのような症状で来院されましたか？  
痛み・しびれ・腫れ・動かしにくい  
その他( )
2. いつ頃からですか？( )から
3. 思い当たる原因は？ な い ・ あ る  
( )  
転倒・自宅で・外で・学校で・通学中・交通事故  
通勤中・仕事中 → 労災予定・労災にしません・わからない

4. 今回の症状で他の病院や整骨院などに受診されたことがありますか？ いいえ ・ は い  
※はいと答えた方へ・・・どちらへ？( )いつ頃？( )  
※治療(施術)内容 最終受診  
レントゲン・MRI・CT / 内服薬・シップ薬 / 注射 / 物理療法 / その他( )

5. 現在までに次の病気にかかったことがありますか？ ※病気の無い方は → なし  
高血圧 糖尿病 心臓病(不整脈・心筋梗塞・狭心症など) 胃潰瘍 癌( )  
肝臓病 腎臓病 喘息 アレルギー疾患( )  
脳疾患(脳梗塞・脳卒中など) その他( )

6. 喫煙について 吸わない 吸う(1日 本を 年間) 禁煙した( 年前)

7. 現在治療中で、飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳や薬剤情報があればご持参下さい。  
いいえ ・ は い (くすりの名前 )

8. 今までにのみ薬や注射などで、副作用がおきたことはありますか？  
いいえ ・ は い (くすりの名前 症状 )

9. 今までに病気やけがで、手術をうけたことがありますか？  
いいえ ・ は い (何の手術ですか？ )  
※はいと答えた方へ・・・体内に金属は使われましたか？  
いいえ ・ は い (人工関節・ペースメーカー )

10. 歯医者などで麻酔を用いて気分が悪くなったことはありましたか？  
いいえ ・ は い (症状 ) ・ 受けた事がない

### 11. 女性のみにお聞きします。

現在妊娠している もしくは、妊娠の可能性はありますか？ 授乳中ですか？  
いいえ ・ は い ・ 可能性がある いいえ ・ は い

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=6点(マイナ保険証を利用していない場合) 加算2=2点(マイナ保険証を利用した場合)