

## 問診票

フリガナ

お名前 (男・女)生年月日(大・昭・平・令) 年 月 日 歳

現住所 〒 -

自宅電話

お勤め先・学校名

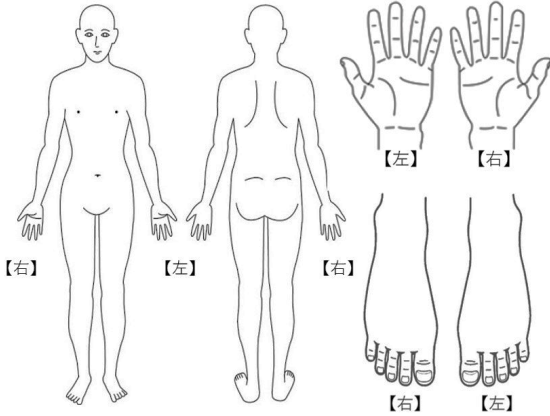
携帯電話

仕事内容を○印で囲んでください。  
デスクワーク 営業 立仕事 その他( )

\*診察希望の部分を下の図に○で記入してください

\*症状はいつ頃からですか?( )

\*どのような症状ですか?  
痛い・重い感じ・しびれ・変形・動きが悪い・腫れ  
その他( )



\*症状・お怪我はどのような状況で起きましたか?

当てはまれば○を記入: 工作中・通勤途中・交通事故  
スポーツ中(種目: )

\*スポーツをしていますか?はい いいえ  
(種目: 週 回数:月 回)

\*MRI検査を希望されますか? (はい・いいえ・わからない)

\*介護認定を受けていますか?  
(受けていない・要介護 要支援 )

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  
他の医療機関からの紹介状はありますか? はい・いいえ  
この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか?  
はい(受診時期: 年 月 指摘事項: ) いいえ

今までに治療した病気又は現在治療中の病気はありますか? 心臓病(ペースメーカー)・糖尿病・高血圧・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍 その他( )	はい	いいえ
今までに手術を受けたことがありますか?すべてご記入下さい。 病名又は手術名( )	はい	いいえ
今、飲んでいるものはありますか?(お薬、漢方薬、サプリ、ピルなど) お薬手帳あり・なし(薬品名: )	はい	いいえ
血液をかたまりにくくする薬を飲んでいませんか? 病名又は薬品名( )	はい	いいえ
注射・お薬でアレルギー等が起きたことがありますか? 薬品名と症状( )	はい	いいえ
現在又は過去にぜんそくと言われたことがありますか? いつ頃ですか?( )	はい	いいえ
湿布でかぶれたことがありますか?	はい	いいえ
*女性の方にお尋ねします。 現在、妊娠中・妊娠の可能性はありますか?・授乳中ですか?	はい	いいえ

\*ご来院のきっかけをお教え下さい。  
①家の近所 ②会社、学校の近所 ③情報センター ④知人の紹介( )  
⑤他医の紹介( )⑥インターネット( ) ⑦その他( )

\*その他、何かありましたらご記入ください。  
( )

\*患者さんの病状や治療内容により、診察の順番が前後することがございますのでご了承願います。

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致します。  
◆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(マイナ保険証の利用がない場合)  
加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(再診時・月1回)  
加算3 2点(マイナ保険証の利用がない場合)