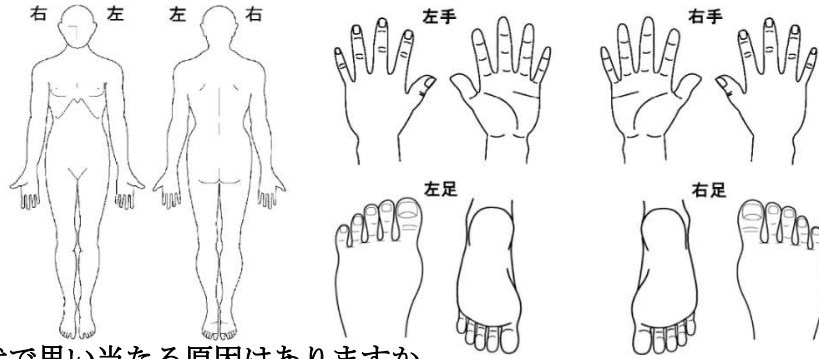


問診表

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・令 年 月 日生まれ ()歳 昭・平		
名前						
ご住所	〒			ご職業	※差し支えなければご記入ください	
電話番号	()		携帯電話	()		

- 1、本日はどのような症状で来院されましたか？その症状は？（いつ、どのような症状、どこが）
 ① いつ頃から（今日・（ ）日前から・（ ）カ月前から・（ ）年前から）
 ② 症状（痛い・しびれる・腫れている・動かしにくい・切った その他（ ））
 ③ 症状のある部位に○をつけて下さい（複数箇所ある場合は症状の強い順に1、2…と番号を付けて下さい）



- ④ その症状で思い当たる原因はありますか
 特になし・転倒・打撲・スポーツ（競技名 ）・交通事故・労災・その他（ ）

- 2、現在治療中のケガやご病気はありますか？（はい・いいえ）
 （高血圧・糖尿病・高脂血症・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・緑内障など）
 その他（ ）

- 3、現在内服中のお薬がありますか？（はい・いいえ）
 ※「お薬手帳」をお持ちでない方はお薬の名前をご記入下さい
 （ ）

- 4、今までに手術を受けられたことはありますか？（はい・いいえ）
 （ ）

- 5、アレルギーはありますか？（はい・いいえ）
 薬・食べ物・花粉・喘息・アトピー性皮膚炎・その他（ ）

- 6、診察や治療で特に希望されることはありますか？
 例：注射はイヤ、リハビリ希望、薬はいらない、検査を希望など
 （ ）

- 7、＜女性の方にお聞きします＞現在、妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ）

- 8、当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？
 インターネット・看板・ご家族や知人の紹介・近隣にご在住・その他（ ）

- 診察をお急ぎの患者様へ 診察前にレントゲン撮影を希望されますか？ はい・いいえ
- 順番が来ましたら呼び致します。待合室から離れる場合は受付に声をかけて下さい。
- 介護保険（要支援・要介護など）をお持ちの方はお知らせ下さい（ ）
- その他、お尋ねしたいことがございましたら、スタッフにお申し付け下さい。お待ちさせていただきます。

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）

