

問 診 票

ID: _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
フリガナ _____ 生年月日 _____
氏名 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

電話番号: _____ (_____) 緊急連絡先: _____ (_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 介護認定: 無 ・ 有
要支援 _____ 要介護 _____

ご住所 (〒 _____ - _____)

スポーツ: _____ チーム: _____ 頻度: _____ <例 月 2~3 回>

学校名・ご職業: _____

症状のある部位に○をつけてください

(右の図に斜線 ○で示してください)

・どのような症状ですか (○で囲んでください)

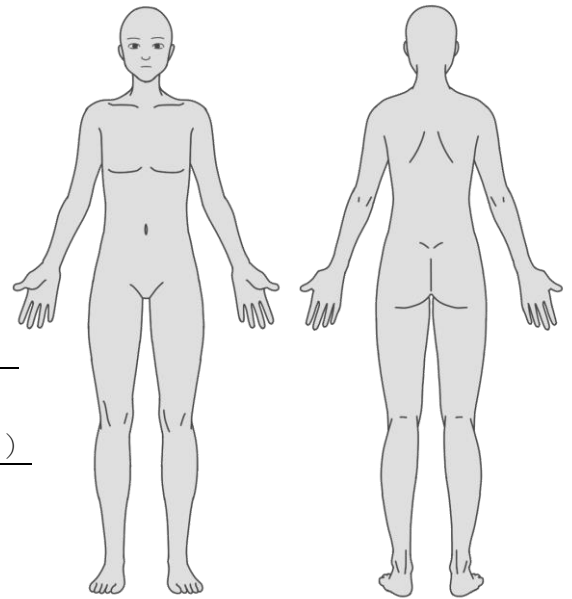
痛い 腫れている 動きにくい しびれ
捻った 傷、切れている やけど
その他 (_____)

・いつ頃からですか _____ ・原因はありますか _____

・今までに同様の症状で病院に行きましたか
行った ・ 行っていない (病院名: _____)

・女性の方へ 妊娠中またはその可能性はありますか?

は い ・ いいえ ・ 授乳中 _____



◆ 仕事中・通勤中や学校でのお怪我、お相手がいる交通事故でのお怪我ですか?

いいえ ・ はい (_____ 仕事中 _____ 通勤中 _____ 学校 _____ 交通事故 _____)

◆ 大きな病気やケガ、手術を受けたことがありますか

いいえ ・ はい (詳細: _____)

◆ 現在治療中の病気はありますか

いいえ ・ はい (詳細: _____)

◆ 現在内服中のお薬はありますか

いいえ ・ はい (詳細: _____)

◆ お薬のアレルギーや麻酔で気分が悪くなったことがありますか

いいえ ・ はい (詳細: _____)

◆ 当院をお知りになったきっかけは何ですか?

インターネット ・ ホームページ ・ 知人のご紹介 ・ 看板 ・ その他 (_____)

◆ マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか?

_____ 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をお願いいたします