

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 〒 -

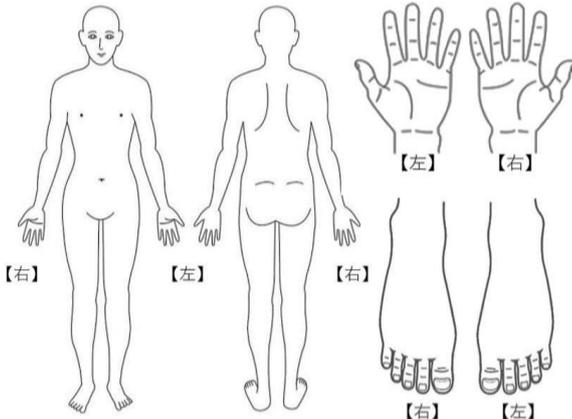
自宅電話

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;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・妊娠の可能性がありますか?・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。
◆医療情報取得加算(初診時・月1回に限り算定)
加算1 3点(マイナ保険証を利用しない)
加算2 1点(マイナ保険証を利用する・情報取得同意)
◆医療情報取得加算(再診時・3か月に1回に限り算定)
加算3 2点(マイナ保険証を利用しない)
加算4 1点(マイナ保険証を利用する・情報取得同意)