

問 診 票

※当院は診療情報の取得・活用により高質な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ください。

| | | | | | |
|-----------------|---|---|---------------------------|----|----|
| マイナ保険証をご利用の患者様へ | | マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ 同意する <input type="checkbox"/> | | | |
| 記入日 | 令和 年 月 日 | 身長 | cm | 体重 | kg |
| ふりがな | | 男・女 | 生 年 月 日 | | |
| お名前 | 様 | | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳) | | |
| ご住所 | 〒 - | 電 話 | () - - | | |
| | | 携 帯 | - - | | |
| | | 緊急連絡先 | - - | | |
| お仕事 | 事務・営業・販売業・力仕事・立ち仕事・手仕事・その他 () | | | | |
| スポーツ歴 | 野球・サッカー・テニス・ゴルフ・バスケットボール・バドミントン・卓球・マラソン・その他 () | | | | |

| | |
|---|--|
| <p>1. いつ頃からどのような症状でお困りでしょうか？ 時期: [年 月 日頃] ・ [前] から 症状: <input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>腫れ <input type="checkbox"/>傷 <input type="checkbox"/>その他 []</p> <p>2. 思い当たる原因はありますか？ いいえ ・ はい []</p> <p>3. 今までに、この症状で治療を受けていますか？ いいえ ・ はい [施設名:] 治療内容: <input type="checkbox"/>内服 <input type="checkbox"/>注射 <input type="checkbox"/>リハビリ <input type="checkbox"/>その他 []</p> <p>4. 現在治療中、又は今までにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>脳梗塞 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>胃潰瘍 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>痛風 その他 []</p> <p>5. 現在、お薬を飲んでいますか？ (市販薬も含む) いいえ ・ はい [薬名:]</p> <p>6. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ いいえ ・ はい []</p> <p>7. 女性の方のみお答えください。妊娠中、授乳中ですか？ いいえ ・ はい <input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>授乳中</p> | <p style="text-align: center;">【症状のある部位に○をつけてください】</p> <div style="text-align: center;"> <p>右 左 右</p> <p>右 左 右</p> </div> |
| <p>8. 下記の検査や治療についてご希望がありますか？ <input type="checkbox"/>骨密度測定 (骨粗しょう症が心配な方や 50 歳以上の女性におすすめしています) <input type="checkbox"/>リハビリ <input type="checkbox"/>トリガーポイント注射 (肩こり、腰痛などの方) <input type="checkbox"/>関節注射 (関節痛などの方) <input type="checkbox"/>CT・MRI (検査のみを他院へ依頼) <input type="checkbox"/>その他 []</p> | |
| <p>9. 当クリニックをどのようにして知りましたか？ 紹介[<input type="checkbox"/>知人(親族含む) ・ <input type="checkbox"/>病院] <input type="checkbox"/>通りがかり <input type="checkbox"/>野立て看板 <input type="checkbox"/>グーグルマップ <input type="checkbox"/>インターネット[<input type="checkbox"/>SNS ・ <input type="checkbox"/>当院 HP ・ <input type="checkbox"/>その他] <input type="checkbox"/>その他 []</p> | |
| <p>10. 介護保険を申請されて介護度の認定を受けていますか？ いいえ ・ はい</p> | |