

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	- -
		妊娠・授乳の有無	妊娠中・授乳中・なし
お仕事	立ち仕事・デスクワーク・その他 ()	介護保険の申請による	あり ・ なし
スポーツ歴	野球・サッカー・ゴルフ・その他 ()	介護度の認定の有無	

1. **事前注意**：診察にお呼び出しする順番はご自身の番号に関わらず状況により前後する場合があります。また3つ以上の部位を一度の診察でみる際は治療の説明が複雑になる場合があります。 確認した

2. いつ頃からどのような症状でお困りでしょうか？

【症状のある部位に○をつけてください】

時期： 年 月 日頃から 症状：痛み 腫れ
しびれ 傷 その他 []

3. 思い当たる原因はありますか？

いいえ ・ はい []

4. 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：内服 注射 リハビリ
その他 []

5. 現在治療中、又は今までにかかった病気はありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞
腎臓病 喘息 胃潰瘍 肝臓病 痛風
その他 []

6. 現在、お薬を飲んでいますか？(お薬手帳あれば記入不要)

いいえ ・ はい [薬名：]

7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ ・ はい []

8. 下記の検査や治療についてご希望がありますか？

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)
リハビリ トリガーポイント注射 (肩こり、腰痛などの方) 関節注射 (関節痛などの方)
CT・MRI (検査のみを他院へ依頼) その他 []

9. 当クリニックをどのようにして知りましたか？

紹介[知人(親族含む) ・ 病院] 通りがかり 野立て看板 グーグルマップ
インターネット[SNS ・ 当院HP ・ その他] その他 []

10. 患者様の待ち時間短縮のため医師の判断でレントゲン撮影を診察する前にお問い合わせする場合があります。ご協力いただけますか？

はい ・ いいえ

