

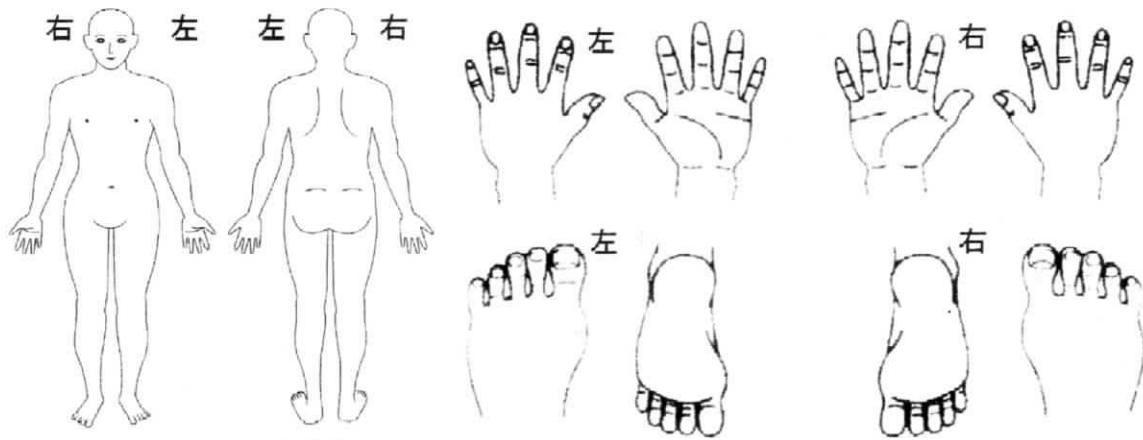
問診票

記入日 年 月 日

フリカナ				大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
お名前	男・女	生年月日			
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	()	携帯番号	()		

当院をどのようにお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 看板(入口・路上) <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> インターネットホームページ <input type="checkbox"/> ご紹介⇒ご紹介者(家族・知人・他医院・その他【 <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------------	--

- どのような症状で来院されましたか
痛い しびれる はれている その他 ()
- 症状のある部位に○印をつけてください
(複数箇所ある場合は症状の強い順に1、2、3、・・・と番号を付けてください)



- 症状はいつ頃からでていますか
今日 () 日前から () ヶ月前から () 年前から
- その症状が出るのに思い当たる原因がありますか (交通事故・労災の方は○をつけてください)
- 他院でその症状に対して治療を受けたことがありますか
ない・ある 病院・医院名() 治療内容()
- いままでにかかった病気を教えてください
心臓病 糖尿病 肝臓病 喘息 腎臓病 胃潰瘍 関節リウマチ その他()
- いままでに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか
ない・ある 時期(年 月 日) 病名・手術内容()
- 痛みの治療で来院された方にお聞きます。あなたの現在の痛みは、
注射を受けて治したい 内服治療で治したい リハビリで治したい 相談して決めたい
- 現在、服用している薬がありますか (お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください)
ない・ある 薬剤名()
- 薬や注射で異変が起こったことがありますか
ない・ある 症状()
- 【女性の方へ】現在妊娠している可能性はありますか ない・ある 最終月経(月 日)
- この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受けましたか
ない・ある 時期() 指摘事項()
- 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
マイナ保険証による情報取得に同意しますか？ はい・いいえ