

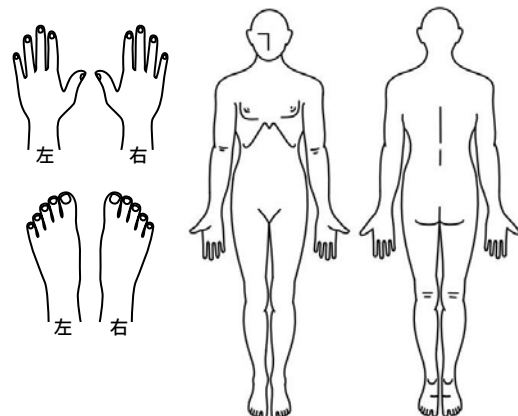
問診票

フリガナ	生年月日	年	月	日
氏名	男・女	電話番号	-	-
		携帯番号	-	-
住所 〒				
施設入所の場合：施設名		付添い： <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他		

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

- 痛み しびれ 腫れ 動きにくい
 その他 ()

症状の部位に丸をしてください。



2. いつ頃から症状は出てきましたか？ _____ から

3. 症状が出たきっかけ・原因はなんですか？

- 転倒 工作中(労災申請する・しない) スポーツ 交通事故
 特に原因なし その他 ()

4. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？ はい いいえ

はいとお答えの方 → 紹介状・画像 あり なし 医療機関名 ()

5. 現在治療中の病気があればお答えください。

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
 高脂血症 痛風 その他 ()

6. 過去にけがや病気で手術を受けたことがありますか？ ある 特になし

手術名 () 手術年月日： ()
 手術名 () 手術年月日： ()

7. 現在内服している薬がありますか？ はい いいえ

お薬手帳を持参されましたか？ はい いいえ

8. 薬・食べ物・金属でアレルギーはありますか？

ある 薬 () 食べ物 () なし

9. この一年間で健診（特定健診、高齢者健診）を受診しましたか？

はい 受診時期： 指摘事項： いいえ

10. 女性の方のみお答えください。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ はい (週目) いいえ
 授乳中ですか？ はい いいえ

11. 医師の判断により骨密度検査が可能な場合、希望されますか？ はい いいえ

12. 当院を何で知りましたか？（複数回答可）

- インターネット 通りすがり 他院からの紹介 友人からの紹介
 その他 ()

マイナ保険証について（厚生労働省の指導による記述）

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、マイナ保険証のご利用にご協力をお願い致します。

- 同意します（マイナ保険証を利用します）
 同意しません（マイナ保険証は利用しません）

ご記入ありがとうございました 記入日 年 月 日