

▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲ 問 診 表 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲

ふりがな.....

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 明・大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 月 日生まれ

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 自宅電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

緊急時連絡先 ( ) \_\_\_\_\_ (ご関係 息子・娘・父・母・その他親族・民生員)

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。

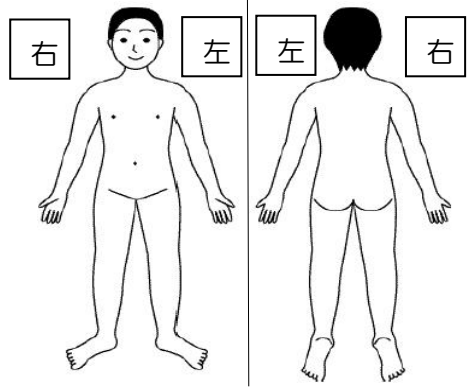
◆医療情報取得加算（初診時）加算1：3点（マイナ保険証以外） 加算2：1点（マイナ保険証を利用した場合）

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。 ( はい ・ いいえ )

▽ 本日はどこの具合が悪くて診察に見えましたか？

症状（痛み・しびれなど）・部位をお書き下さい

.....  
.....  
.....



右図のその箇所に○印をしてください

▽ いつ頃から症状が出ましたか？ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃より ・ 不詳.....

▽ 何か原因で思い当たることがありますか？ .....

▽ お仕事または通勤途中のケガや交通事故ではありませんか？  
どちらでもない ・ 工作中 ・ 通勤途中 ・ 交通事故 (いつ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

▽ 今回の症状に対して、どちらかの医療機関で治療されたことがありますか？  
有 ・ 無 / (いつ \_\_\_\_\_ どこで.....)

▽ 今かかられている病気や他のケガ、手術の既往などがありますか？  
有 ・ 無 / (それは何ですか？ ..... 喘息・胃潰瘍・糖尿病)

▽ 現在服用中のお薬がありますか？  
有 ・ 無 / (薬剤名..... ワーファリン)

▽ アレルギーはありますか？（薬や麻酔で気分が悪くなったことがありますか？）  
有 ・ 無 / (何のアレルギーですか？.....)

▽ 女性の方のみ：妊娠中または妊娠中の可能性はありますか？ / 授乳中ですか？  
有 ・ 無 (妊娠.....週) / 授乳中

▽ この医院を何でお知りになりましたか？ ○をつけてください (複数回答可)  
1. 家族・知人から 2. 通りの看板 3. 以前当院にかかっていた ( 年前)  
4. 他院からの紹介 5. インターネット 6. 電柱看板 7. 電話帳  
8. その他 (.....) 田中整形外科医院