

問診票

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お願いいたします。

カルテNO

年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日	
お名前		男・女	明・大・昭・平・令	
			年	月 日 歳
ご住所	〒	TEL		ご職業
		携帯		

(※ご本人様以外の緊急連絡先： ☎ — — 続柄：)

マイナ保険証の利用 あり なし
 マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ
 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

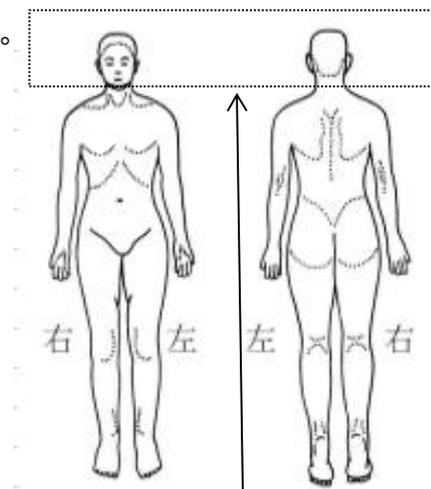
1. 見てもらいたいところはどこですか？右の絵に○をつけてください。
 【 】

2. どのような症状ですか？

- 痛い しびれる 腫れている
 その他【 】

3. いつからですか？ 【 】

4. 原因は？ 交通事故 仕事中のけが（労災予定・労災予定なし）
学校のけが 第三者行為 スポーツ中のけが
不明 その他【 】



※こちらの部位については
 スタッフまで声をかけてください。

5. 今回のことについて他の医療機関等で治療を受けていますか？
なし あり【医院名： 】

6. 今までにかかったことのある病気や治療中の病気にチェックをつけてください

- 高血圧 糖尿病 脳卒中 透析中
心臓病 肝臓病 喘息 その他【病名： 】

7. 現在飲んでいる薬はありますか？ なし あり【 】

8. 薬や金属のアレルギーはありますか？ なし あり【 】

9. ペースメーカーを使用していますか？ いいえ はい

10. 身体の中に金属はありますか？ いいえ はい【部位： 】

11. 刺青・外傷・アトメイクがありますか？ なし あり【部位： 】

12. 女性の方へ

妊娠していますか？ いいえ はい【 週目】 不明
 授乳中ですか？ いいえ はい