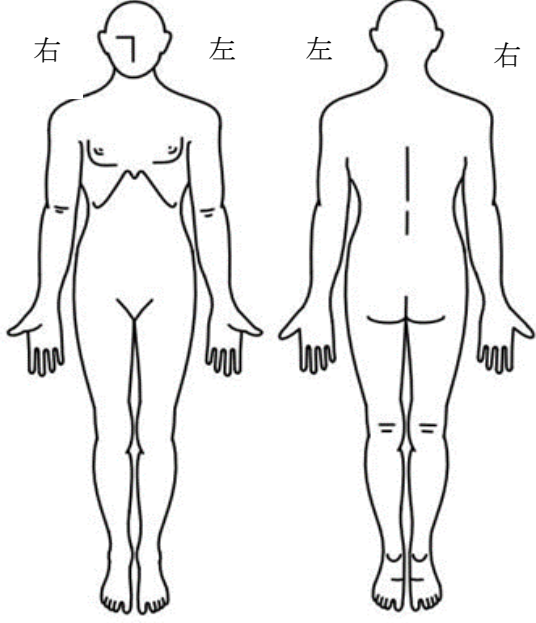


問 診 票

令和 5 年 月 日

フリガナ		性	男	生年	大正・昭和・平成・令和
氏名		別	女	月日	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 ー				
電話番号	(携帯番号 ー ー) (自宅 ー ー)				
介護保険	要介護() 要支援() ※65 歳以上でお持ちの方			紹介状	あり・なし
妊娠	あり・なし・未確定	授乳中	はい・いいえ		

<p>どのような症状ですか ()</p> <p>症状はいつからですか 約()日前・()週間前・()年前</p> <p>症状がでたきっかけは何ですか</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____ ・ 不明</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>仕事中のけが <input type="checkbox"/>通勤中のけが</p>	<p>症状のある部分に○をつけてください</p> <div style="text-align: center;"> <p>右 左 左 右</p>  </div>
--	--

① 現在治療中または過去に病気や手術をされたことがありますか。当てはまるものにチェック☑を付けて下さい。

はい・いいえ ※ペースメーカー装着(有・無)

- 高血圧 糖尿病 喘息 脂質異常症 痛風・高尿酸血症 不整脈 狭心症 心筋梗塞
腎臓病 胃潰瘍 肝臓病 脳梗塞・脳出血 婦人科の病気 眼科の病気
骨折(部位 _____) 手術 [_____]
その他 [_____]

② 現在のまれている薬はありますか。 はい・いいえ
薬名 [_____]

③ 薬品や食べ物にアレルギーはありますか。 はい・いいえ
薬品・食べ物 [_____]

<裏面のご記入もお願いします>

氏名： _____

④ マイナ保険証による診療情報の取得に同意はしますか。 はい・いいえ

⑤ この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診されましたか。 はい・いいえ

「はい」と答えた方はご回答ください。

いつごろ受診はされましたか。 （ _____ 月ごろ）

その際に何か医師から指摘されたことなどはありましたか。 はい・いいえ

指摘内容（ _____ ）

⑥ 当クリニックをどのようにして知りましたか。 当てはまるものにチェック☑を付けて下さい。

インターネット 広告(新聞) 家が近い 家族が受診している 家族や親戚に聞いて

友人・知人に聞いて 医療機関からの紹介 その他[_____]

ご記入ありがとうございました。 お手数ですが受付までお持ちください。

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）

加算1：4点 加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）

まえはら整形外科クリニック