

令和 年 月 日

ふりがな			性別
氏名			男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)		
住所	〒 - 電話 () 携帯 ()		
学生・職業	小・中・高・大(学年 年生)・他	身長	cm / 体重 kg

1. 診察箇所はどこですか？症状のある部位を○で囲んでください。



2. どのような症状がありますか？ にレ点をつけてください。
痛い しびれる 動きが悪い はれ 変形 その他 ()
3. いつ頃からですか？
 ____月 ____日より 本日 昨日 2-3日前 1週間前 その他()
4. 思い当たる原因はありますか？
ない 事故 労災 その他 ()
5. 今回の症状に関して他の病院や接骨院などで治療を受けたことがありますか？
なし あり 病院名/接骨院名 ()
6. 現在仕事はされていますか？また以前にしていた仕事はありますか？
なし あり 現在の仕事の内容 () 以前の仕事の内容 ()
7. スポーツはしていますか？
なし あり スポーツの種類 ()
8. 今までにかかった病気や受けた手術、現在治療している疾患はありますか？
なし 喘息 糖尿病 胃・十二指腸潰瘍 心臓病 腎臓病 B型肝炎 C型肝炎 梅毒
あり 高血圧 高脂血症 脳梗塞・出血 悪性腫瘍 ()
 その他 () 手術名 () いつ頃 ()
9. 薬剤に対するアレルギーはありますか？
なし あり 薬品名 (可能であれば) _____
10. 現在飲んでいる薬がありますか？
なし あり 薬品名 (可能であれば) _____
11. 要支援・要介護の認定を受けていますか？
いいえ はい (要支援 1 2) (要介護 1 2 3 4 5)
12. 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？
なし あり 不明
13. 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

担当

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 6点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

※ 問診票に記載して頂いた個人情報診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用致しません。