

問診票

受診日： 年 月 日 ID：

ふりがな		性別	生年月日 (西暦)	年齢
名前		男・女	年 月 日	歳 (学年 年)
住所 〒	-----			
	都道 道府	市郡 区		
電話番号	自宅 ()	携帯	本人 ()	保護者 ()
身長	cm	体重	kg	利き手 右・左
職業	スポーツ チーム			
職業	内容 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()			

診療についてご希望があれば教えてください ※ご希望に添えない場合もございます

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 医師のご希望あり (医師)
		<input type="checkbox"/> リハビリテーションのご希望あり
		<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査のご希望あり

今回の症状で他の医療機関または治療院を受診しましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
MRI、CT、レントゲンなどの画像をお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい (受付にお出してください)	<input type="checkbox"/> いいえ
医療機関または治療院	受診日	年 月 日 (およそ 年前)
診断名、治療・処置内容		

症状について記入してください

いつから 年 月 日頃から
どんな症状ですか
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 痺れ <input type="checkbox"/> 脱力 <input type="checkbox"/> 屈伸できない <input type="checkbox"/> 変形
<input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 熱感 <input type="checkbox"/> その他 ()
思い当たる原因はありますか
交通事故やお仕事中のケガですか
<input type="checkbox"/> はい (工作中・通勤途中・交通事故)
<input type="checkbox"/> いいえ

症状がある部位を○で囲ってください

現在の痛み、症状の辛さはどの程度ですか

直線の目盛りに印をつけてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

これまでに経験した最も強い痛みを10とするとどのあたりですか

<input type="checkbox"/> アレルギー (薬・食物・花粉症・アトピー・金属・その他)	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 体内金属	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 腎疾患	<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 高脂血症
<input type="checkbox"/> その他 ()	かかりつけ医療機関 ()	おくすり手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

タバコ <input type="checkbox"/> あり (本/日) <input type="checkbox"/> なし
お酒 <input type="checkbox"/> あり (回/週) <input type="checkbox"/> なし
女性の方へ
妊娠中または妊娠の可能性ありますか
<input type="checkbox"/> はい (週) <input type="checkbox"/> いいえ
授乳していますか
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

裏面もご記入お願い致します。

本日マイナンバーをお持ちですか はい いいえ

はいと答えた方は下記の質問にお答えください

マイナ保険証による診療情報（服薬歴、健診歴など）を当院が取得することに同意しますか

はい いいえ

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。

◇医療情報取得加算

- | | | |
|--------|-----------------------|--------|
| 【 初診 】 | マイナ保険証を利用しない場合： | 加算1→3点 |
| | マイナ保険証を利用または紹介状持参の場合： | 加算2→1点 |
| 【 再診 】 | マイナ保険証を利用しない場合： | 加算3→2点 |
| | マイナ保険証を利用または紹介状持参の場合： | 加算4→1点 |

**ご記入ありがとうございました。
書き終わりましたら問診票を受付までお願いいたします。**

※MRI・CT・紹介状をお持ちの方は受付にご提出お願いいたします。