

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	〒 ー 市 群 区	都 道 府 県	電話 番号	自宅
				携帯
身長	cm	体重	kg	利き手 右・左
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したら受付にお出してください				
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

痛み 痺れ 脱力 屈伸できない 変形

腫れ 熱感 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

はい (工作中・通勤途中・交通事故) 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

直線の見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)	タバコ <input type="checkbox"/> あり (本/日) <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 体内金属 <input type="checkbox"/> 糖尿病	お酒 <input type="checkbox"/> あり (回/週) <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症	女性の方へ
<input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	妊娠中または妊娠の可能性ありますか
かかりつけ医療機関 ()	<input type="checkbox"/> はい (週) <input type="checkbox"/> いいえ
おくすり手帳 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	授乳していますか
(はいと答えた方)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

本日マイナンバーカードをお持ちですか はい いいえ

(はいと答えた方)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。