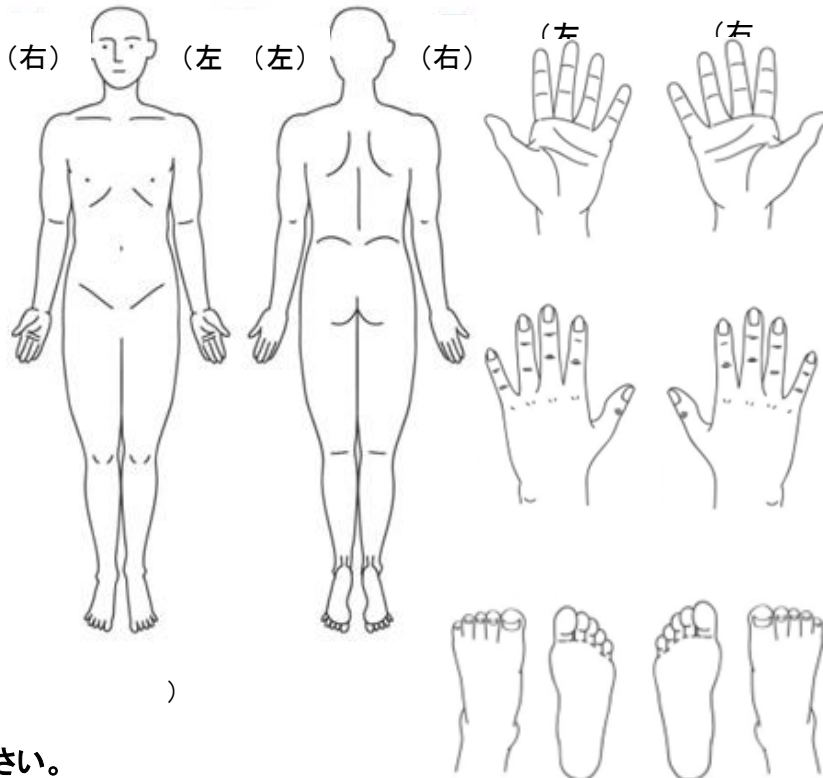


# 問診票

記入日	年 月 日	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
ふりがな		性別	ご連絡先(初診時から変更がある場合のみ、ご記入ください)
お名前		男・女	住所: 〒 電話番号: 自宅 ( ) 携帯 ( )
身長 :	cm	体重 :	kg
		職業	デスクワーク・立ち仕事・主婦・学生 その他( )

## 1. 症状についてお尋ねします。

・症状のある部位に○をつけてください →



・症状はいつからですか？

- 今日     昨日     \_\_\_\_日前  
 \_\_\_\_週間前     \_\_\_\_ヶ月前     \_\_\_\_年前

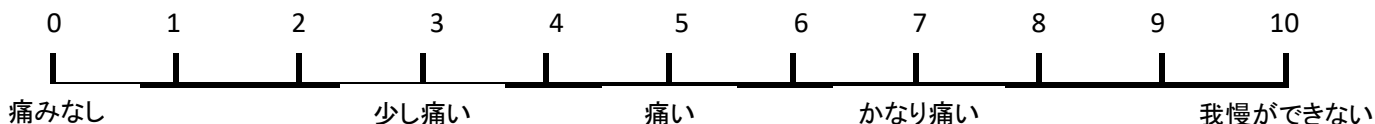
・症状が出た原因は何ですか？

- 交通事故     転倒・転落     ひねった  
 切った     ぶつけた     使いすぎ・疲労  
 不明     その他( )

・どのような症状ですか？

- 痛み     しびれ     腫れ     傷     張り  
 重い・だるい     動かせない     その他( )

## 2. 現在の痛みやしびれの程度に○をつけてください。



## 3. お仕事中・通勤中・交通事故(相手側の保険会社が支払いをする事故)での怪我ですか？

- いいえ     はい → 保険証を使って診察し、その後労災や自賠責保険へ切り替えされる場合、手数料がかかります。  
 承知しました

## 4. 今回の症状で他院で治療を受けられたことがありますか？

- いいえ     はい (病院名: )

## 5. 今までに病気にかかったことはありますか？

- いいえ     喘息     高血圧     糖尿病     心疾患     脳血管疾患     腎疾患     婦人科疾患     緑内障  
 その他( )

## 6. 手術を受けたことはありますか？

- いいえ     はい ( )

## 7. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- いいえ     はい ( )

## 8. 現在飲まれているお薬はありますか？

- いいえ     はい

## 9. (女性の方のみ)現在、妊娠または授乳をされていますか？

- いいえ     はい     可能性がある

## 10. 介護保険認定について教えてください

- 認定を受けていない     認定を受けている → 要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5

## 11. 当院を何でお知りになりましたか？

- 知人の紹介     病院からの紹介     看板(駅・電柱)     近くを通過     インターネット     通院歴あり     家族受診有     その他( )

## 12. マイナ保険証による診療情報取得について

- 同意する (マイナ保険証による取得可能な情報は、現在の処方薬、この1年間での特定検診)

※ご協力ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付にご提出ください。