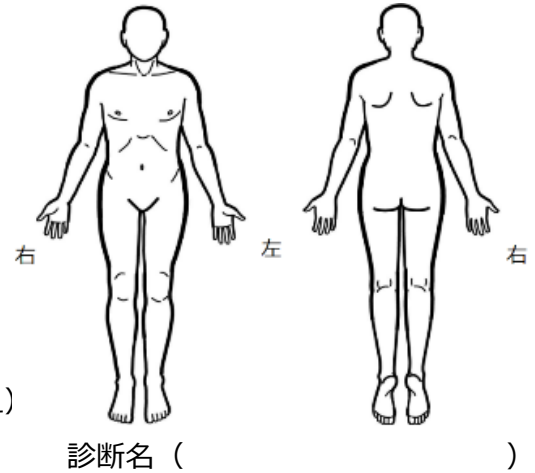


ID: **問 診 票** 受診日 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日
お名前	男・女	S・H・R 年 月 日 (才)
ご住所	(〒 -)	
	市	
	TEL: - -	携帯: - -
介護認定	なし・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	身長 cm 体重 kg

- どのような症状で来院されましたか？
痛い・しびれる・腫れている・その他 ()
主な症状の部位を右の図に○でお書きください。
- いつからですか？ 頃から
- 原因はありますか？
特になし・転倒・転落・工作中・スポーツで
交通事故・その他 ()
- 今回の症状に対して治療されましたか？ (はい ・ いいえ)
病院・クリニック名 当院・他院



- 紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ) 画像データ (CD-R) (あり ・ なし)
※紹介状をお持ちの方は受付にお渡しください。

- 今までにかかった病気がありますか？ (はい ・ いいえ)
病名 ()
- 現在治療中の病気はありますか？ (病名 :)
- 服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ) お薬の名前 ()
※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出しください。

- お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
薬の名前 () 食べ物 ()
- 現在妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ) 現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

11) 【50歳以上の方へ】

過去に骨粗鬆症検査を受けたことはありますか？ ・ ない (検査を希望する ・ 希望しない)
・ ある (いつ頃 : / 検査方法 : X線 ・ 採血 ・ 超音波 ・ 不明)

- 当クリニックをどのようにして知りましたか？
他院からの紹介・知人の紹介 (差し支えなければお名前を教えてください) ()
口コミ・近所・ホームページ・インターネット検索・以前院長にかかっていた

- そのほか、なにかございましたらご記入ください。
()

◆スタッフ使用欄	
スキャン	登録

当院は、診療情報を円滑に取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願い致します。
医療情報取得加算：1点
情報提供に同意しない場合のみ☑をお願いします。☐