

新患

はじめて受診される方へ

患者ID

記入年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|------------|----|--------|------------------|---------|--------|---|
| フリガナ | | 性別 | 男 女 | 生 年 月 日 | 大・昭・平・令 | 年 齢 | 歳 |
| 氏名 | | | | | 年 月 日 | | |
| 住所 | 〒 電話 () - | | | | | | |

下記事項にお答え下さい。

1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？

同意する 同意しない

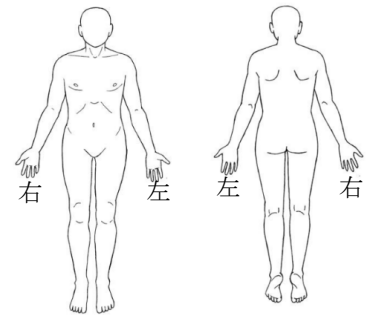
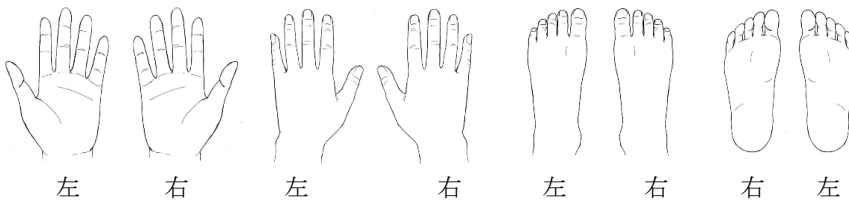
※当院は診療情報を取得することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

2. 今日はどうされましたか？

痛い しびれる 腫れている 動きが悪い

つっぱる おもい 変形している その他 _____

・部位はどこですか？下の図に○を付けて下さい



3. いつ頃から具合が悪くなりましたか？

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？

交通事故 仕事中 スポーツ中 転倒・転落 特に原因なし その他 _____

5. 今回の病気・けがで他の病院の治療を受けた方は病院名と治療内容を教えて下さい

・病院名() ・治療内容() ・なし

6. 問診表に基づいて医師の指示のもと、診察前にレントゲンの撮影をしてもよろしいでしょうか？

はい いいえ

7. 現在治療中、または今までにかかった病気はありますか？

高血圧 糖尿 心臓病 脳梗塞 腎臓病
肝臓病 胃潰瘍 喘息 痛風 リウマチ その他()

8. 現在飲んでいる薬はありますか？※お薬手帳をお持ちであればご提出をお願いします。

ない ある()

9. 薬や注射・食べ物で調子が悪くなったり、皮膚に湿疹ができたことがありますか？

ない ある 薬() 食べ物()

10. 女性にお聞きします。

現在妊娠中ですか？ いいえ はい()週

現在授乳中ですか？ いいえ はい

11. 65歳以上の方にお聞きします。

介護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)

ありがとうございました。記入事項に誤りがなければ、ご署名をお願い致します。

本人または保護者

署名 _____