

# 問 診 票

(ふりがな)  
お名前

性別：男・女 年齢（ ）歳

身長（ ）cm 体重（ ）kg

後ほど看護師が詳しく確認させていただきますが

以下の該当する項目に☑にてご回答ください

受診日 年 月 日

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をお願い致します。\*医療情報取得加算初診時加算1点・再診時加算1点(3月に1回)

1.マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか

はい  いいえ

2.この1年間で健診をしましたか(特定健診及び高齢者健診に限る)

はい  いいえ

3.紹介状はお持ちですか  はい  いいえ

4.検査をご希望時はチェックをお願いします( MRI 骨密度)

5.症状についてお尋ねいたします

1)症状はどこに部位にありますか右の絵に○をお願いします ➡

2)どのような症状がありますか

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 動いた時に痛みがある | <input type="checkbox"/> じっとしていても痛みがある |
| <input type="checkbox"/> しびれがある     | <input type="checkbox"/> はれている         |
| <input type="checkbox"/> 熱っぽい感じがある  | <input type="checkbox"/> できものがある       |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )    |  |

3)症状はいつ頃からありましたか ( ) 月 ( ) 日頃)

4)考えられる原因はありますか  ない  ある

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> 工作中的の負傷( 受傷日・ ) | ( ) 月 ( ) 日 |
| <input type="checkbox"/> 交通事故 ( 受傷日・ )   | ( ) 月 ( ) 日 |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )         |             |

5)職業、仕事は何をされていますか( )

6)現在スポーツはしていますか ( ) を ( ) 年

6. 病歴についてお尋ねいたします

1)現在、治療中の病気がありますか

- ない
- ある→  糖尿病  ぜんそく  心疾患  高血圧  肝疾患  腎疾患  
 人工透析  脳血管疾患  アトピー性皮膚炎  その他 ( )

2)普段飲んでいる薬はありますか(お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出し下さい)

- ない
- ある→  心臓の薬  血圧の薬  血液をかたまりにくくする薬  血糖を下げる薬  
 浮腫(腫れ)の薬  ステロイド製剤  その他 ( )

3)今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか

- ない
- ある → なんの病気でしたか ( )  
何処の手術をしましたか ( )

4)術後の金属は体内に残っていますか  ない  ある (部位 )

7.アレルギーについてお尋ねいたします

1)薬・注射などでアレルギー症状が出たことがありますか

ない  ある・薬(注射)名 ( ) ・どんな症状 ( )

2)薬物、注射以外でのアレルギーはありますか

ない  ある → 原因は何でしたか ( )

前 後

