

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 (歳)
氏名		性別	男・女	電話番号	携帯 自宅 ()	— —
住所	〒 —					

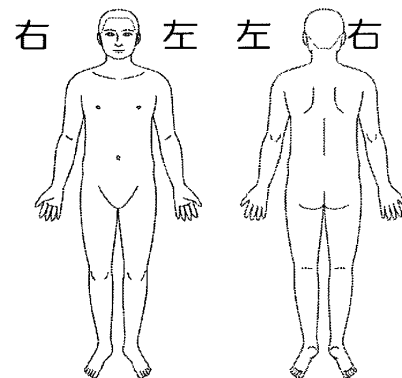
①マイナ保険証による診療情報取得に同意して頂けますか? はい ・ いいえ

②当てはまるものに○をつけてください。

- ・ 交通事故(健保使用) ・ 工作中又は通勤中→労災使用されますか? いいえ ・ はい
- ・ 学校で ・ 上記以外 ()

③具合の悪いところはどこですか? (右の図に○をつけてください。)

複数ある場合は、番号をふって下さい。(1番診てほしい所から)



④どのような症状ですか?

- ・ いたい ・ しびれる ・ だるい ・ 変形している
- ・ はれている ・ 動きが悪い ・ 力を入れようとしても入らない
- ・ さわっているのがわからない ・ その他 ()

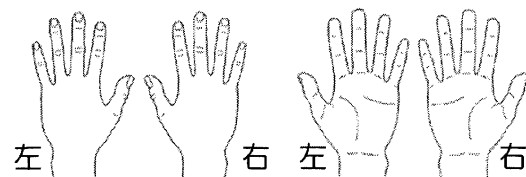
⑤症状はいつからありますか?

- ・ () 月 () 日から ・ その他 ()

⑥傷はありますか? ある ・ ない

⑦思い当たる原因やきっかけがあれば書いてください。

- ない ・ はっきりしない
- ある → 転んだ ・ ぶつけた ・ ひねった ・ その他 ()

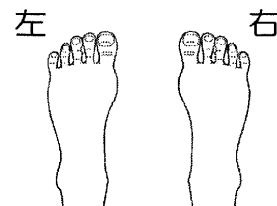


⑧今回の症状で他院にかかりましたか?

- いいえ ・ はい → 医療機関名 ()

⑨現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

- ない ・ ある (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ その他)



⑩お薬手帳はお持ちですか?

- ある ・ ない

⑪今までかかった病気や手術の経験はありますか?

- ない ・ ある → () 歳ごろ 病名 ()

⑫食べ物や薬が原因で気分が悪くなったりじんましがでたりしたことがありますか?

- ない ・ ある (食べ物: 飲み薬: 注射:)

⑬女性の方のみご記入ください。

- 現在 (妊娠 週 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性がある) ・ 該当なし

⑭この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか? はい ・ いいえ

⑮65歳以上の方は必ずご記入ください。介護認定を受けていますか?

- いない ・ いる 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

●紹介状・CD-R・身体障害者手帳をお持ちの方・外出を希望される方は受付に申し出て下さい。

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いたします。
 ◆医療情報取得加算(初診時)加算1 3点、加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合 または紹介状持参の場合)