問　診　票

ID

年　　月　　日

ふりがな		男・女	年齢	生年月日	
お名前	様		歳	大・昭・平・令　　年　　月　　日	
ご住所				電話番号	

1　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　　・ 動きが悪い
- その他（　　）

2　症状のある部位［　　］（ 右 ・ 左 ・ 両方 ）

3　いつから症状が出ていますか

4　原因と思われることはありますか
・転倒　・ひねった　・ぶつけた　・切った　・はさんだ
・デスクワーク　・交通事故　・仕事中　・その他（　　）

5　今回の症状に関して治療を受けましたか
・はい　→　病院名（　　）
・いいえ

6　他の医療機関からの紹介状はお持ちですか
・はい　　※お持ちの方は受付にお出しください
・いいえ

7　大きな病気をしたことがありますか
・はい　→　（　　）
・いいえ

8　現在飲んでいるお薬はありますか
・はい　→　骨粗鬆症、糖尿病、血液サラサラの薬、その他
・いいえ

9　お薬や食品などのアレルギーはありますか
・はい　→　薬や食品などの名前
・いいえ　（　　）

10　女性の方へ
・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　マイナ保険証を利用された方へ
マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか
・はい
・いいえ

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・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
　　加算１　4点　加算２　2点（マイナ保険証を利用した場合）