



ふりがな				戸籍上の性別	生年月日				
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S・H・R	年	月	日	(歳)
住所	〒 —			電話番号	自宅	—	—		
					携帯	—	—		
身長	cm	体重	kg	職業	介護認定	要支援 1 2、要介護 1 2 3 4 5			

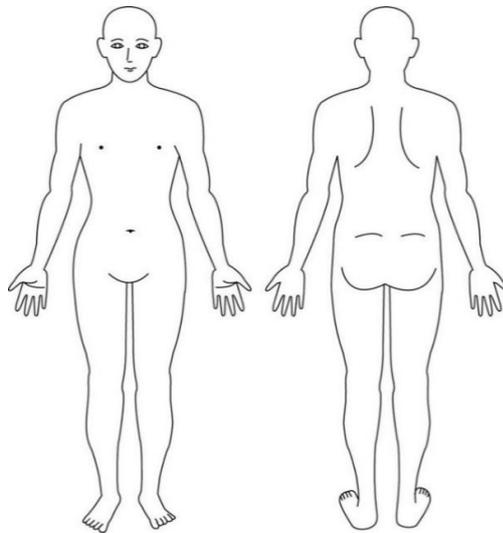
当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。マイナ保険証を積極的に利用していただくよう、ご協力をお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	過去1年の検診歴	<input type="checkbox"/> あり (特定検診・高齢者健診) <input type="checkbox"/> なし
-----------------	---	----------	--

①いつから症状がありましたか？

() わからない

②症状のある部位はどこですか？



③症状の原因を教えてください

けが (スポーツ・転倒・その他) わからない
交通事故 労災 ()

④今回の症状で他の診療所・病院を受診されましたか？

はい (名称： 紹介状：あり・なし)
いいえ

⑤治療中の病気・飲んでいるクスリがありますか？

はい (高血圧・糖尿病・脂質異常症・不整脈・ぜんそく・その他：)
(クスリの名称： お薬手帳の持参：あり・なし)
いいえ

⑥クスリや食べ物にアレルギーがありますか？

はい (内容や症状など：)
いいえ

⑦入院治療や手術を受けたことがありますか？

はい (病名や時期など：)
いいえ

⑧ (女性のみ) 妊娠中ですか？ もしくは授乳中ですか？

妊娠中 (週) 授乳中 わからない いいえ

⑨担当医師が必要と判断した場合、リハビリテーションをご希望されますか？

はい いいえ わからない