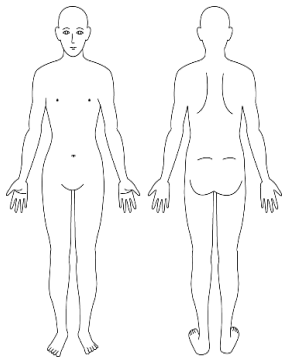


問 診 票(初診)

令和 年 月 日

ふりがな				性別	男・女	生年月日	大正	昭和	平成	令和	
お名前							年	月	日(歳)	
職業 (過去5年以内)				スポーツ歴 (過去5年以内)			体温 (職員記入)				℃
家での座り姿勢	<input type="checkbox"/> 正座 <input type="checkbox"/> あぐら <input type="checkbox"/> 寝転び <input type="checkbox"/> その他()			身長			cm	体重			kg
他院からの紹介状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			お薬手帳・他院からの検査データ等		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※提出お願いします。					
マイナ保険証の利用 (マイナンバーカード保険証)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ありの方			マイナ保険証による診療情報取得への同意			<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない				
1年以内の健診受診歴 (特定健診及び高齢者健診に限る)				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(受診時期: 年 月頃・指摘事項:())							

1. どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> その他()	右 左 左 右  部位を○で囲んでください	
2. 思い当たる原因はありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() 自由記載 []		
3. いつからですか	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 月 日頃 <input type="checkbox"/> 日・ 週間・ ヶ月・ 年前から		
4. 痛みの強さはどのくらいですか ※数字に○を付けてください。	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (※0(痛みなし)から10(耐えられない痛み))		
5. 本日の症状に対して検査・治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 受診中 病院・医院名() 治療内容 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他()		
6. 上記5以外で現在治療中、あるいはかかったことのある病気やケガはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 歯の治療 <input type="checkbox"/> その他()		
7. 現在服用されている薬がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()		
8. 入院や手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 年 月頃 病名() 病院名() <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 年 月頃 病名() 病院名()		
9. 体内に金属(ペースメーカー含む)が入っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()		
10. アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> ゴム製品 <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> 食品()		
11. 麻酔(歯科麻酔含む)で気分を悪くしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 経験がない		
12. (女性の方へ)現在妊娠中・授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	13. (女性の方へ)出産経験がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
14. 喫煙歴、飲酒歴はありますか	喫煙歴(<input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 1ヶ月 約 本 年間 <input type="checkbox"/> 吸わない) 飲酒歴(<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週4~5回 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 飲まない)		
15. 本日も希望の内容がございましたらお知らせください	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査(骨密度) <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他()		
16. 当院を受診したきっかけは何ですか	<input type="checkbox"/> 宇佐美在住 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> ウェブサイト <input type="checkbox"/> 友人、知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介(医療機関名:)		

当クリニックは、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))