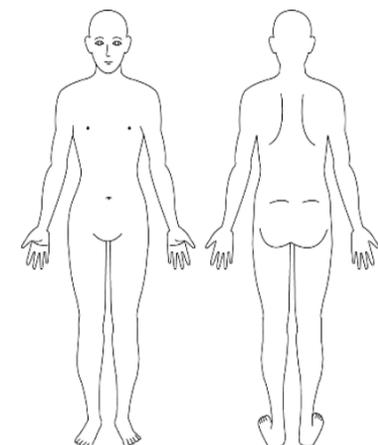


交通事故 労災 スポーツ保険

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 年 月 日(歳)
お名前		スポーツ歴 (半年以上継続)		体温 (職員記入)	℃
職業 (過去5年以内)		身長	cm	体重	kg
家での座り姿勢	<input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> ソファ <input type="checkbox"/> その他()	他院からの紹介状		<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"/> 工作中 <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.手術をし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() 年 月頃 病名() 病院名()				
9.入院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() 年 月頃 病名() 病院名()				
10.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()				
11.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()				
12.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				
13.(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				
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.本日ご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。

(医療情報取得加算(初診時) 加算1点 (再診時)加算1点(3ヶ月に1回))