

記入日 : 令和 年 月 日		体温	℃	ID :	
フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平	年齢
お名前			年	月	日
住所 (〒 -)					
電話		携帯			
緊急連絡先		身長	cm	体重	kg

1. 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

2. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

・はい ・いいえ

3. どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる 動きが悪い つっぱる 腫れ
 介護に関して その他 ()

4. その症状はいつからですか？原因等があればご記入して下さい

()

5. 交通事故もしくはお仕事中のケガですか？ ・はい ・いいえ

車同士 人vs車 自転車vs車 自転車同士 人vs自転車 勤務中 通勤途中

6. 今までに大きな病気になったり、現在治療中の病気はありますか？

特になし ある → ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・ぜんそく
その他 ()

7. 今までに手術を受けた事がありますか？

特になし ある → ()

8. 現在、服用中の薬はありますか？ (お薬手帳をお出してください)

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載省略可能です。

特になし ある → ()

9. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者検診に限る) を受診されましたか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、記載省略可能です。

はい いいえ

10. 薬や食べ物アレルギーがありますか？

特になし ある → ()

11. 女性の方のみ) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

→ いいえ はい

授乳中ですか？

→ いいえ はい

12. 必要であればリハビリテーションは希望されますか？

・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します。

※ ご提供頂いた個人情報は、医療の目的以外には使用いたしません。

