

ID()

令和 年 月 日

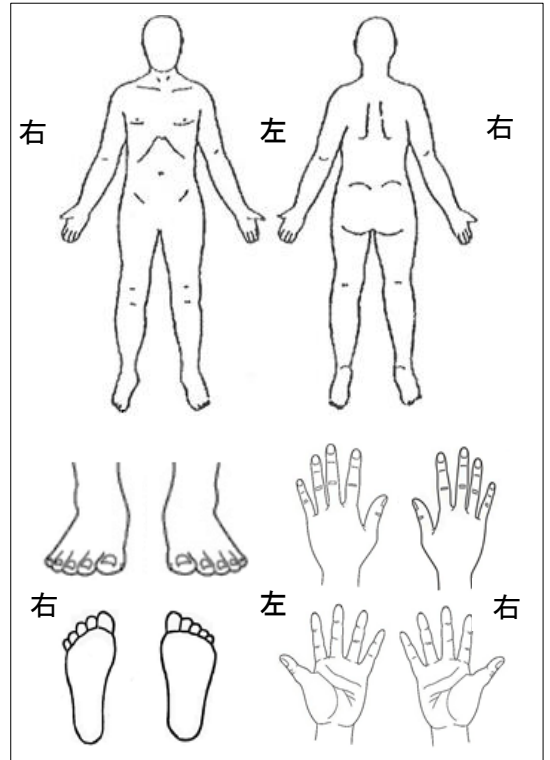
※ 原則として1回1部位の診察になります ※

ふりがな	
患者氏名	様 男 ・ 女
住所	〒 -
電話	自宅 () 携帯 () ※未成年の方は、保護者の携帯番号をお願いします※ ()
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 才
職業	学生 (年生) パート ・ 自営 ・ 会社員 ・ 無職 会社名 電話
保険	健康保険 ・ 労災 ・ 自賠責 ・ 自費 ・ 生活保護

1. 症状のあるところに、○をつけてください。
2. どのような症状ですか？
痛い しびれ 動かしにくい はれている
キズがある 変形 その他()
3. 症状(受傷日)はいつからですか？()
4. きっかけ、原因は何ですか？
不明 交通事故(月 日) 労災事故(月 日)
その他 []
5. この症状で他の医療機関で治療を受けていますか？
いいえ はい→医療機関名()
 治療内容 お薬 注射 リハビリ 手術
その他()
6. 現在治療中の病気はありますか？ いいえ はい
ぜんそく 高血圧 糖尿病(ヘモグロビン値:)
脳梗塞・出血 肝臓病 腎臓病 悪性腫瘍 心臓病
精神疾患() その他()
7. 手術を受けたことがありますか？
いいえ はい→いつ 年 月 日
 手術名 ()
8. 現在お薬を飲んでいますか？ いいえ はい
 お薬手帳 あり・なし・持参忘れ
 サラサラ薬 あり・なし
9. アレルギーはありますか？いいえ はい
 (薬: 他:)
10. スポーツはしていますか？いいえ はい(種目:)
11. デイサービス、デイケア ご利用されていますか？ いいえ はい
12. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？
紹介(知人・家族・病院・整骨院)ホームページ 看板広告 雑誌 車内広告 その他()

女性の方へ

現在妊娠中ですか？ いいえ はい
 授乳中ですか？ いいえ はい



ご記入ありがとうございました。お薬手帳をお持ちの方は一緒に受付までご提出をお願いします

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。
 ◆医療情報取得加算(初診時) 加算1 3点 加算2 1点(マイナ保険証を利用した場合)
 ◆医療情報取得加算(再診時) 加算3 2点 加算4 1点(マイナ保険証を利用した場合)