

問診票

令和 年 月 日

カルテNo. :

★オンライン資格確認システムによる患者様情報の活用について★

当院では患者様への適切な医療提供を目的にオンライン資格確認システムを導入しております。診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。令和4年10月1日～厚労省の規定により、医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診) マイナ保険証無：6点 マイナ保険証有：2点を算定させていただきます。

マイナンバーカード 有・無

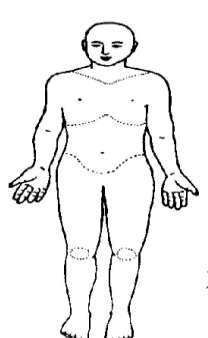
マイナ保険証による診療情報取得に同意する

フリガナ		性別		大正	
氏名		男 女	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
住所	(〒 - )				
自宅電話		職業	業種をご記入下さい ( )		
携帯電話		身長	cm	体重	kg

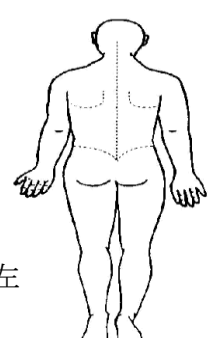
1.いつごろからお困りですか ( ) 頃から	2.発症原因に心当たりはありますか <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事/通勤中のケガ <input type="checkbox"/> 転倒した <input type="checkbox"/> 転落した <input type="checkbox"/> ひねった <input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> スポーツ (種目: ) 状況: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------------------------	---

3.どのような症状ですか  
痛い しびれる 腫れている その他( )

4. 症状のある部位はどこですか 図の中に○をつけてください



右 左



左 右

※今回の症状で治療を受けたことはありますか  
 はい 当院・他院 (治療内容: )  
 いいえ

◆紹介受診の方のみお答えください  
 紹介状(診療情報提供書) 有・無

5. 希望される治療はありますか  骨密度(クーポン有・無)  リハビリ  その他( )

6. 現在内服している薬はありますか  はい(お薬手帳: あり なし)  いいえ ※手帳を提出して下さい  
 内服している薬 ( )

7. 現在治療中の病気はありますか? 過去に病気・入院・手術などをされた事がありますか?  
 はい ( )  手術歴 いつ頃( )  
 いいえ 病名 ( )

8. 薬や食べ物のアレルギーはありますか

薬	: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	薬剤名:	症状:
食べ物	: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食べ物名:	症状:

9. 本日、診断書の希望はありますか  はい  いいえ

10. 本日、付き添いの方はいらっしゃいますか  はい (ご関係: )  いいえ

◆女性の方のみお答えください  
 妊娠中ですか:  はい  いいえ  可能性がある  
 授乳中ですか:  はい  いいえ

◆65歳以上の方のみお答えください  
 介護認定  有  無  
 有の場合 区分( ) 期間( )

※この用紙は当院の診療録作成の用途以外には使用いたしません

※ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付窓口までご提出ください。