

| | | | | | | |
|---------|-------------|----|-----|---|----|----|
| ふりがな | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 身長 | 体重 | 職種 |
| 氏名 | 大平 昭令 年 月 日 | 歳 | 男・女 | cm | kg | |
| 住所 | 〒 - | | 連絡先 | <input type="checkbox"/> 携帯 (- -) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (- -) <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先等 (- -) | | |
| 勤務先・学校名 | | | | | | |

【必ずご回答ください】マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ → はい・いいえ

【必ずご回答ください】この一年間で「特定健診」や「高齢者健診」をご受診されましたか？ → はい・いいえ

◆当院は初めてですか？ はい・いいえ **※初診の方や新たな症状でご来院の方は診察まで1~3時間程かかる場合がございます。**

◆普段、運動はされていますか？ はい(運動の種類・程度等:)・いいえ

◆【40歳以上の方はご回答ください】介護保険の認定を受けていますか？ いいえ

○ 要介護: 1・2・3・4・5、要支援: 1・2

○ 通所リハビリ・デイケア等をご利用の方はご利用施設等をご記入ください []

◆今までにアレルギー反応が出たことがあれば教えてください(該当するものに○) いいえ

注射・薬・湿布・金属・その他 → 具体的な名称が分かればご記載ください:

鶏卵、乳製品、小麦、ナッツ・木の実類、果物、魚肉・魚卵・魚介類、エビ・カニ・甲殻類、ソバ、大豆、肉類、野菜、イカ・タコ・軟体類

◆治療に必要な情報ですのでご回答ください **※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にご提出ください**

○ 当院以外で、現在、治療(内服・注射等)中、または、指摘された病気がありますか？ いいえ

高血圧 高コレステロール・高脂血症・脂質異常症 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 透析

B型肝炎 C型肝炎 胃潰瘍 骨粗鬆症 痛風 関節リウマチ その他:

ステロイド治療(いつ頃から:)、治療内容:)

○ 過去に骨折をされたり、病気等により手術をされたことはありますか?(いつ頃分かれば併せてご記載ください)

はい [骨折部位: 手・足・背骨・その他:] いいえ

◆【女性のみご回答ください】現在、妊娠中・妊娠の可能性がありますか？ 授乳中

いいえ はい 妊娠(ヶ月) 妊娠の可能性ある 閉経している(いつ頃から:)

◆今回ご受診される症状について、お分かりになる範囲で具体的にご記入ください。

○ 以下のうち、どのタイミングに当てはまりますか？

日常生活の中で

学校行事・通学中

スポーツ中 { 種目: 右利き/左利き }

その他 { }

仕事・通勤中のケガの場合 ⇒ 労災申請のご予定: あり・なし

交通事故(年月日)(保険会社へのご連絡: 未・済)

※労災・交通事故に該当する場合は問診票提出時に受付に必ずお声かけください。

○ いつ頃からですか？ 不明

○ どのようなきっかけですか? 具体的にご記入ください 不明

○ どこに、どのような症状がありますか? 具体的にご記入ください

○ 今回の症状で他の医療機関等を受診しましたか？ いいえ

はい (病院等名:) 紹介状持参あり

治療内容: 手術 投薬 注射 リハビリ その他:

◆ご希望の検査・処置等がございましたらご記入ください。**※実施は医師の診察に基づく判断に依ります**

骨密度 MRI リハビリ 手術 注射による治療 その他 ()

◆ご来院のきっかけ

紹介(学校顧問 他病院・クリニック・トレーナー等 当院スタッフ) ロコミ インターネット その他:

※個人情報保護法に基づいて厳正に管理致し、患者様の診療情報を取得・活用することにより質の高い医療提供に努めてまいります。

また、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。 医療法人めぐみ会秋山クリニック

代筆:() 本人と確認済

本日、診察を受ける部位を
下図で○を付けてください

