



ふりがな _____

男性 ・ 女性 年齢 _____ 歳

お名前 _____

ご自宅
電話番号 _____ - _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日
〒 _____

携帯電話
電話番号 _____ - _____

ご住所 _____

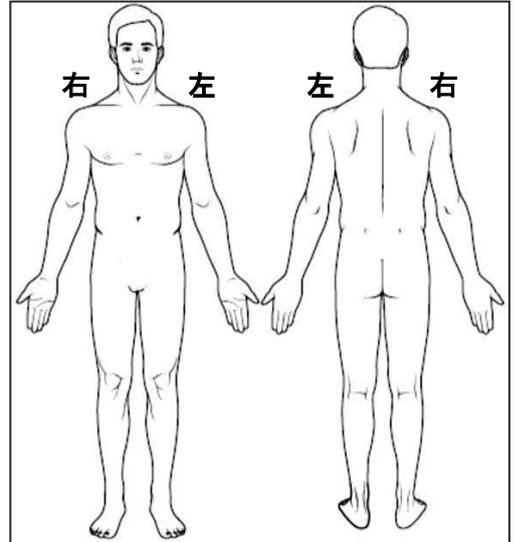
1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？具体的に記入して下さい。

>いつから？

>きっかけは？

>どこが？

>どのように？



《 症状のある部分に○をつけてください 》

2. 上記は、交通事故によるものですか？

はい いいえ

3. 現在、他院で治療中のご病気はございますか？

いいえ

はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 リウマチ その他 ()

4. 現在、服薬中のお薬はございますか？

いいえ はい → お薬手帳をお出し下さい

5. 手術を受けて体の中に金属やペースメーカーなどが入っていますか？

入っていない 入っている

6. 今までにお薬や注射（麻酔・造影剤など）、食物などでアレルギー症状や体調不良はございましたか？

いいえ はい [原因・症状など]

7. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

いいえ はい

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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

※ご興味のある検査や自由診療はございますか？

- | | | |
|---------|-----------|--------|
| 骨密度測定 | マンモグラフィ検査 | 血管年齢測定 |
| オープンMRI | 各種ビタミン点滴 | |

ご記入頂きましたこの問診票の個人情報は診療録(カルテ)と同様に厳正に管理されます