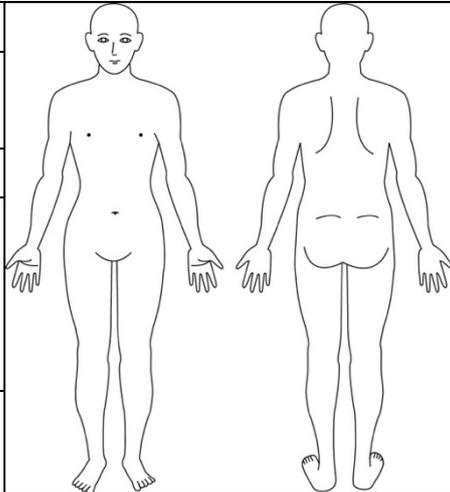


ふりがな	
お名前	性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平・令	年 月 日
ご住所	
電話番号(自宅・携帯)	
1 どの具合が悪いのですか？(右図示でも可)	
2 いつからですか？	
3 どのような症状ですか？ 痛み しびれ 重苦しさ 腫れ 変形 動きが悪い ほくろ しこり キズ あざ まぶたが重い 逆さまつけ その他()	
4 何か思い当たる原因がありますか？ はい 具体的に() それは交通事故か労災(工作中、通勤途中)ですか？ はい 交通事故 労災	いいえ
5 以前に同じ症状で他の医療機関に受診したことがありますか？ 院 接骨院・整体 針灸 マッサージ	はい 病 いいえ
6 現在、定期的に診察を受けている病気または服用している薬はありますか？ 高血圧 糖尿病 心臓関係 胃腸関係 肝機能障害 腎臓関係 高脂血症 喘息 アトピー 花粉症 その他() 薬品名()	はい いいえ
7 今まで病気、ケガで手術、入院したことがありますか？ はい 病名()	いいえ
8 アレルギーはありますか？ はい 薬(具体的に) 食物(具体的に)	いいえ
9 ペースメーカー、スクリューなどの医療用金具が体内に入っていますか？ はい 具体的に()	いいえ
10 女性の方のみご記入ください ・現在妊娠中ですか？ はい / いいえ / 不明 ・現在授乳中ですか？ はい / いいえ	
11 どのようにして当院をお知りになりましたか？ インターネット 紹介 看板・バス車内放送 近所 その他	
12 マイナ保険証による診療情報取得に同意します。	はい / いいえ
<p>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、 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。</p> <p>・ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 2点(マイナ保険証利用の場合) 6点(マイナ保険証利用なしの場合) (再診時) 0点(マイナ保険証利用の場合) 2点(マイナ保険証利用なしの場合)</p>	