

# 問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日		性別	
名前		年 月 日		男 女	
現住所	(〒 - ) 都 道 府 県				
電話番号	- -	職業		身長	cm 体重 kg

●本日は下記のいずれかをご持参されましたか

健康保険証 マイナンバーカード保険証

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか

いいえ はい ( )

●他に通院している病院(リハビリ含む)や整骨院はありますか

いいえ はい 医療機関名( )

●直近1年間で特定健診や高齢者健診などを受けられましたか

(マイナ保険証での健診歴取得に同意された方は記載不要です)

いいえ はい (健診名: ) 時期: ( )

●女性の方、現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか

いいえ はい ⇒ ( )

●介護保険の介護認定を受けており、介護保険にてリハビリを行っていますか

(※介護認定を受けている方はリハビリの有無に関わらず、介護認定に☑もお願いします)

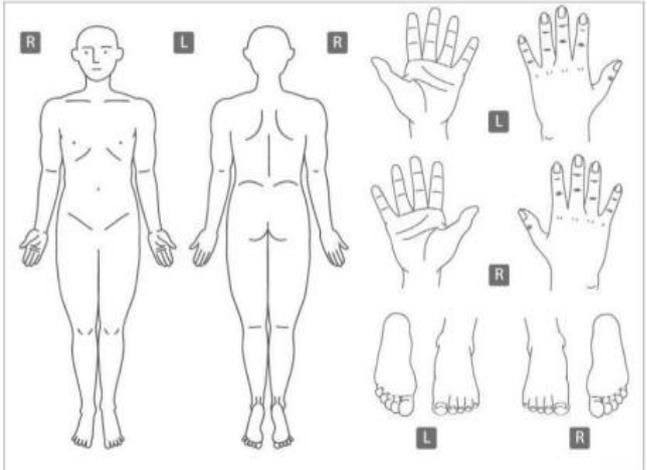
認定を受けていない 認定を受けているが、リハビリを行っていない 認定を受けており、リハビリも行っている

介護認定の種類 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

今回の診療は次の項目に該当します

労災申請中・予定 交通事故

第三者による加害

<p>時期 ( )</p> <p>症状 <input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>はりこり <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p>症状が出た原因はございますか ( )</p> <p>今回の症状で治療を受けたことはございますか ( )</p>	 <p>※ 症状のある部位を図に示してください</p>
---	---

現在治療中の病気はございますか

いいえ はい ⇒ 高血圧 糖尿病 高脂血症 胃潰瘍 喘息 貧血 痛風 脳梗塞  
心疾患 腎疾患 肝疾患 その他 ( )

現在使用しているお薬などはございますか

いいえ はい ⇒ ( )

過去に病気やケガで手術を受けたことがございますか

いいえ はい ⇒ ( )

お薬や麻酔などアレルギーや副作用が出たことはございますか

いいえ はい ⇒ ( )

スポーツ歴をお聞かせください

種目 頻度 年数

検査・治療に関してご要望はございますか

飲み薬 湿布・塗り薬 注射 リハビリ リウマチの検査 骨粗しょう症の検査 体外衝撃波治療  
再生医療 (PRP、培養幹細胞療法) その他 ( )

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。



医療法人社団 真聖会