

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	(〒 -)		
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

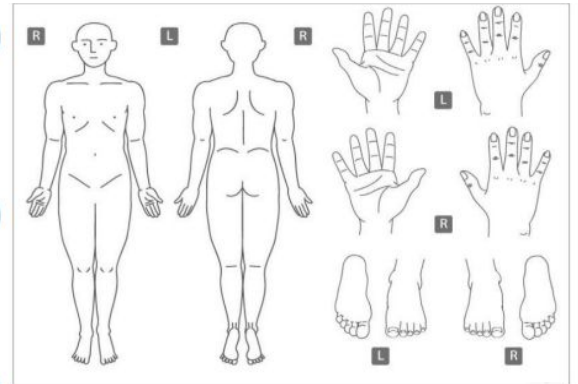
今回の診療は下記に該当しますか？
労災申請中・予定 交通事故
第三者による加害

時期 []

症状 痛み しびれ はり・こり
その他 ()

症状が出た原因はございますか？

[]
 今回の症状で治療を受けたございますか？
 []



※ 症状のある部位を図に示してください

●現在治療中の病気はございますか

糖尿病 胃潰瘍 喘息 脳疾患 心疾患 腎疾患 肝疾患

その他 ()

現在使用しているお薬（お薬名:)

●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

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 ()

●当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴、検診歴、服薬情報等）
 を取得することに同意しましたか？ はい ・ いいえ



医療法人社団 真聖会