

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。

ふりがな		男 女	携帯	
氏 名			住所	〒
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
		才	職業	

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（同意する・同意しない）

ID

1. どうなさいましたか？

_____が
・痛い ・おもい ・こっている ・しびれる ・つっぱる
・はれている ・動きが悪い ・冷える ・その他_____

2. 症状のある場所を右の図に○をしてください。

3. それはいつ頃から始まりましたか？

_____年 _____月 _____日頃から
または _____位前から

4. 思い当たる原因はありますか？

5. どこかで治療したことはありますか？

①なし ②あり _____ 医院・クリニック
_____ 病院

6. 今まで薬でアレルギーや副作用がありましたか？

①なし ②あり _____

7. 今まで大きな病気やけがをしたことがありましたか？

また現在、他に治療中の病気がありますか？

①なし ②あり…どのような病気ですか？

胃炎・胃十二指腸潰瘍・その他消化器の病気・糖尿病・肝炎・肝機能障害
高血圧・心疾患・脳出血・脳梗塞・腎臓病・その他_____

8. 手術を受けたことはありますか？

①なし ②あり…どのような手術ですか？_____

(ペースメーカー ステンント 人工関節等)

9. 次のうち、どうしても希望しないものに○印をつけて下さい。

レントゲン検査 血液検査 注射 薬

10. 女性の方へ…現在妊娠している可能性がありますか？現在授乳中ですか？

妊娠の可能性 ①なし ②あり _____ヶ月

授乳中 ①いいえ ②はい

11. 65歳以上の方へ…介護保険の認定を受けていますか？

①うけていない ②受けている（要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ）

12. スポーツなどをしていますか？

_____ 学校・団体名など

13. 当院では、患者様のご希望により症状、病態に応じて鍼灸治療も行っております。

鍼灸治療を ①希望する ②必要があれば希望する ③特に希望しない

14. お薬手帳をお持ちですか？ は い…お持ちであればご提示ください。

いいえ…現在服用 あり・なし