

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	大・昭・平・令	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）	カテ NO.
-------------------------------------	--------

1. どうなさいましたか？ *労災・交通事故の方はお申し出下さい。
 _____ 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. 思い当たる原因は何ですか？

5. 今回の症状について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
 (紹介状 _____ あり ・ なし)

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 ステント 人工関節等)

9. 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 _____ ケ月 授乳中 ①いいえ ②はい

10. 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)

11. スポーツなどをしてしていますか？

種目 _____ 学校・団体名など _____

12. 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

13. 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

14. 女性 65歳以上、男性 70歳以上の方に骨密度測定を勧めております。

検査を ①希望する ②希望しない

