初診時　問診票

◆マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	はい	いいえ
◆他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい	いいえ

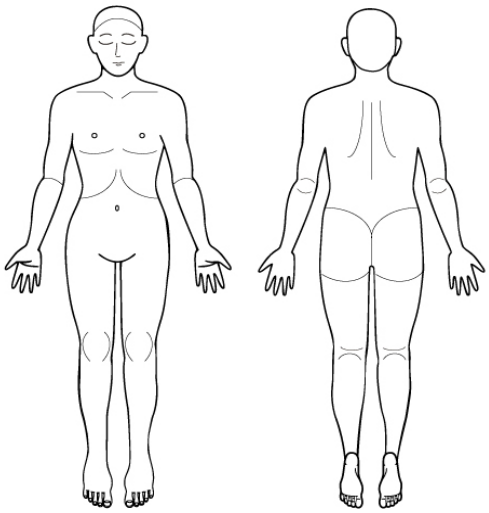
お名前	ふりがな	年齢	性別	生年月日	
		歳	男・女	T・S・H・R　　年　　月　　日	
住所	〒（　　－　　）			携帯： 自宅：	

✤お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい。　　あり　・　なし　・　忘れた

◆右絵に診察してもらいたい場所を〇して下さい。

◆具合が悪い内容は何ですか？

痛い・しびれ・腫れ・その他（　　）



◆それはいつ頃から、はじまりましたか？

年　　月　　日または　　位前から

◆原因は何ですか？

① わからない

② ある方（

③ 交通事故・労災（仕事中・通勤途中）

◆上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？

① なし

② あり　（治療内容：　　）

（医療機関名：　　）

◆現在飲まれているお薬はありますか？また、お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？

① なし

② あり（どんなお薬ですか？**お薬手帳を提出の場合は記入不要です**）

③ アレルギーの有無　　なし・あり　（何でどのような症状？　　）

◆現在、他に治療中の病気、また今までに大きな病気やケガをしたことがありますか？

① なし　② あり　高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・消化器の病気・その他（　　）

◆この一年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

① なし　② あり　**＊ﾏｲﾅ保険証により情報取得に同意した患者さんについては、記載は省略可能です**

◆現在、妊娠中又は授乳中ですか？（女性のみ）

① いいえ　② 妊娠中（妊娠周期　　ケ月）／　授乳中

◆介護認定を受けていますか？　**＊受けている方は介護保険証の提出もお願いします**

① いいえ

② はい　（要支援　1・2　　要介護　1・2・3・4・5　　介護サービスの利用　あり・なし）

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。

◆（初診時）医療情報取得加算　1点

医療法人社団 顕伊会
藤が丘駅整形外科