

問 診 票

ID: (受付が記入します)

年 月 日

フリガナ

氏 名 生年月日 年 月 日 職業

・発熱・嘔吐・下痢症状はありませんか？ なし あり

1. どのような症状ですか

痛み しびれ 腫れ

その他 ()

その症状のあるところはどこですか。右図に○をつけてください

いつ頃から症状がありますか

(年 月 日 時ころから)

*けがや交通事故などの場合

(受傷日 : 年 月 日 時ころ)

*原因となるようなきっかけはありましたか

なし/わからない けが 交通事故 労災

スポーツ ()

その他 ()

*今回の症状についてこれまでに他の医院などで治療を受けたことはありますか

なし あり→治療を受けた医療機関名 ()

2. 食べ物、薬、注射、金属などにアレルギーはありますか

なし あり (種類:)

3. 今までにかかった病気や受けた手術、現在治療している疾患はありますか

なし 喘息 呼吸器疾患 胃・十二指腸潰瘍 高血圧 糖尿病

心臓病 脳血管疾患 その他 ()

手術 [病名 時ころ 歳ころ]

4. たばこを吸いますか

吸わない 吸う (1日 本、約 年間)

5. アルコールを飲みますか

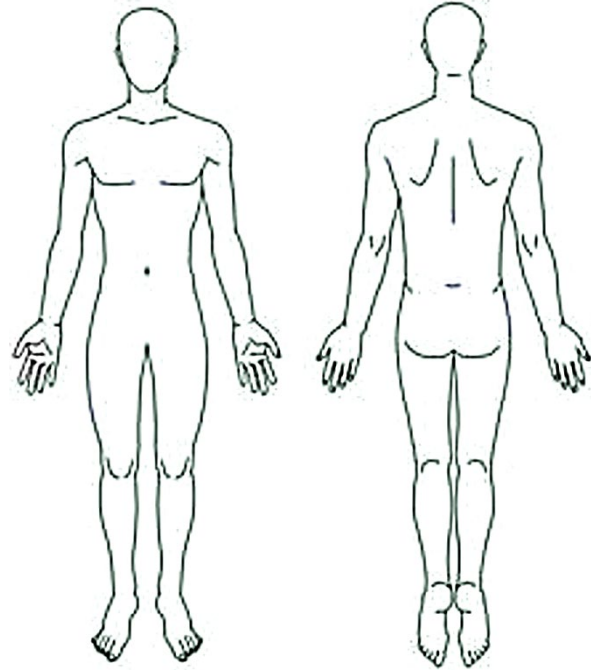
飲まない 飲む (種類 、週に 回・ ml/回)

6. 女性の方へ妊娠している可能性は

なし あり ・授乳中ですか はい いいえ

7. 介護認定を受けていますか

いいえ はい (デイケア デイサービス その他)



診 療 申 込 書

保険種類	社保 ・ 国保 ・ 後期 ・ 生保 ・ 自費		
ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生 (歳)
住 所	〒		
電話番号	自宅	— — —	
	携帯番号	— — —	
勤務先	勤務先名称：		
	電話番号	— — —	

診療申込書に記載された個人情報、原則として診療・健康管理の目的以外に使用せず、また個人情報を外部の第三者に提供しません。

以下の質問にお答えください。（○印をつけて下さい）

1. 今までに当病院を受診されたことがありますか。

はい (年ころ)
いいえ
2. 紹介状等をお持ちですか。

はい
いいえ
3. 勤務中又は通勤途中の負傷が原因ですか。

はい
いいえ
4. 交通事故（第三者行為）との関係はありますか。

はい
いいえ
5. 介護保険の認定を受けていますか。

はい
いいえ
6. 本日はマイナ保険証を利用されましたか？

はい
いいえ

「はい」の方⇒マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？

はい
いいえ
7. この1年間で健診（特定健診・高齢者検診に限る）を受けられましたか？
（40歳以上の方のみ） ※マイナ保険証による情報取得に同意された場合は省略可能

はい
いいえ

当院は診療情報を取得・活用することで、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。
 ◆当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。