

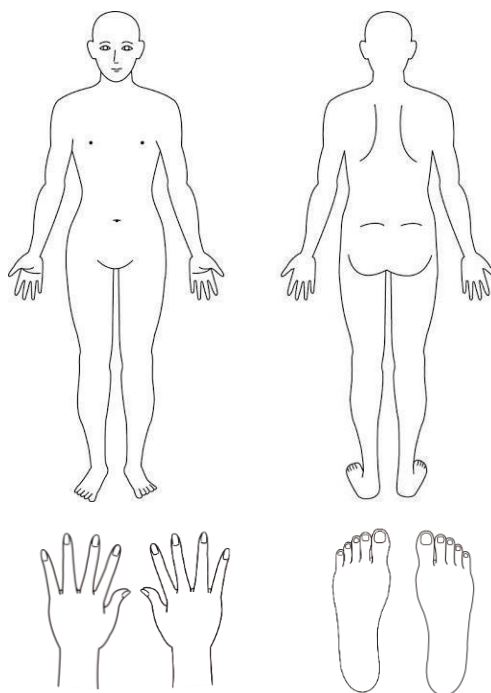
フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令
氏名			女	年 月 日 ( ) 歳
住所	〒	電話番号		- -

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい

どのような症状ですか？

- 痛い しびれる 動きにくい 腫れている  
捻挫 ぶつけた つっぱる 傷がある  
やけど 何かできている  
その他 ( )

症状のある部位に○をつけてください



症状はいつ頃からありますか？

- 約 ( )  日前  週間前  
 カ月前  年前

症状が発症したきっかけや場所はありますか？

- ぶつけた ひねった はさんだ 切った 転んだ  
交通事故 労災 スポーツ保険 原因不明  
その他 ( )

今回の症状で他の医療機関を受けたことありますか？

- いいえ はい 紹介状・画像などは受付へ

現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい (病名 )

この1年間で検診（特定検診及び高齢者検診に限る）を受診しましたか？

- いいえ はい ( 年 月 )

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

- いいえ はい (医療機関名 病名 )

現在、飲んでいるお薬がありますか？

- いいえ はい ある方はお薬手帳をお出してください (マイナンバーカードの場合は除く)

食べ物や薬・注射でアレルギーや気分が悪くなる、じんましんが出ることはありますか？

- いいえ はい ( )

喫煙： 吸わない 吸う ( 本/日× 年 ) 禁煙した ( 年前 )

飲酒： 飲まない 飲む ( 週に 日 )

\*女性の方へ。現在妊娠の可能性はありますか？

- いいえ はい ( 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 )

当院をどちらでお知りになりましたか？

- ホームページ 看板 知人 通りがかり 紹介 ( ) その他 ( )