

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
ぶつけた つっぱる 傷がある 何かできている
その他 ()

症状はいつ頃からありますか？

本日()時頃)・昨日()時頃)・()日前)
 ()週間前)・()ヶ月前)・()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 仕事 運動 原因不明
その他 ()

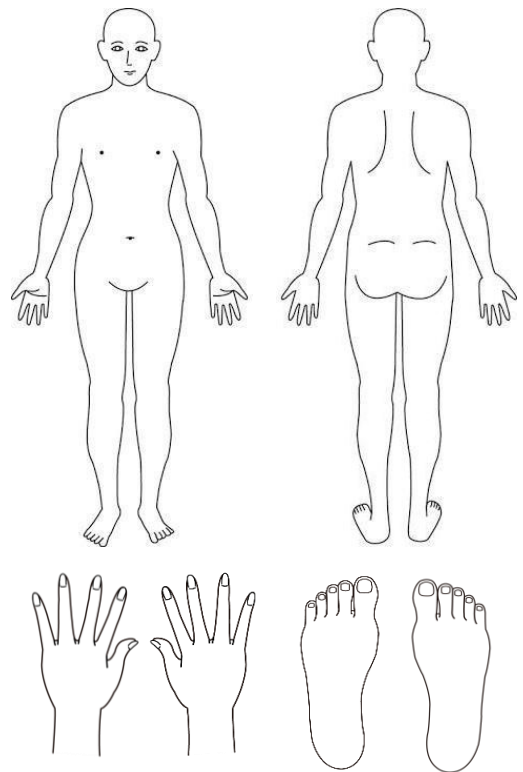
今回の症状で他の医療機関を受けたことはありますか？

- いいえ はい 紹介状・画像などは受付へ

食べ物や薬でアレルギーが出たことはありますか？

- いいえ はい ()

症状のある部位に○をつけてください



現在、治療中の病気はありますか？

- いいえ はい (病名)

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 (病名 時期 医療機関名)

現在、飲んでいるお薬がありますか？ (マイナ保険証による情報取得に同意した場合、直近1カ月以内の薬のみ記入)

- いいえ はい ある方はお薬手帳をお出してください ()

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)

この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

- いいえ はい (年 月)

お支払い方法が【保険診療(例:自己負担3割)】以外の方(ご予定の方含む)

- 交通事故 労災 スポーツ保険 自費(保険を使わない治療) その他 ()

- 当院は質の高い医療提供のため、マイナ保険証による診療情報（薬剤・健診結果等）の取得・活用を行っています。正確な情報共有にご協力をお願いいたします。

（※医療情報・システム基盤整備体制充実加算の対象医療機関です）

アンケート

より良い診療とサービス向上のため、アンケートへのご協力をお願いいたします
回答内容は統計的に処理し、診療の質向上にのみ活用させていただきます。

【当院を何でお知りになりましたか？】（複数回答可）

（A）インターネット

- Google / Yahoo で検索
- Googleマップ（ロコミ・地図）
- SNS（Instagram / LINE / その他：_____）
- 当院ホームページ

（B）看板・外部広告

- 駅看板
- 通りがかり
- チラシ / フリーペーパー

（C）ご紹介・再診

- 知人・家族の紹介（紹介者名：_____）
- 他のクリニックからの紹介
- 以前受診したことがある

【当院を選んでいただいた一番の理由はなんですか？】（最大2つまで）

- 痛みを早く取ってくれそうだから
- リハビリ設備が充実していそうだから
- 専門の先生（スポーツ、脊椎など）がいるから
- 駐車場がある・駐車場が広い
- 家や職場から近く、通いやすいから
- ロコミや評判が良かったから

【お困りの症状が解決したら、やりたいことはありますか？】

（例：旅行に行きたい、スポーツを再開したい）