

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？

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？

症状が発症したきっかけや場所がありますか？

ぶつけた 転んだ 仕事 運動
その他 ()

今回の症状で他の医療機関を受診してますか？

いいえ はい 紹介状・画像などは受付へ

食べ物や薬のアレルギーはありますか？

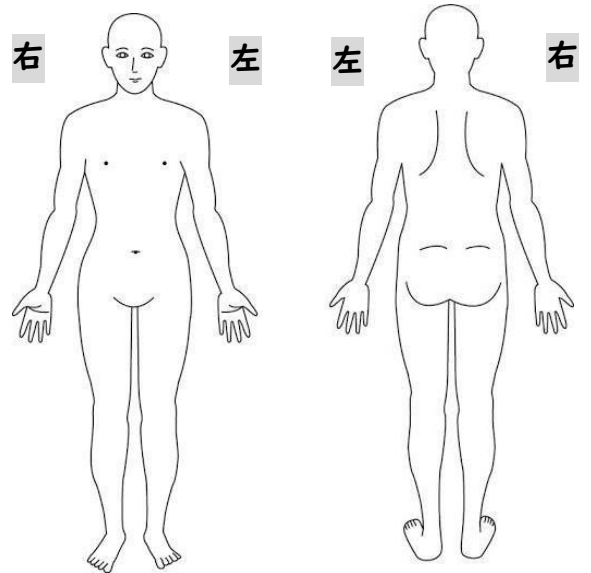
いいえ はい ()

現在、治療中の病気はありますか？

いいえ はい ()

過去に大きな病気や手術の経験はありますか？

いいえ はい ()



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 ()

うら面へ

- 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）