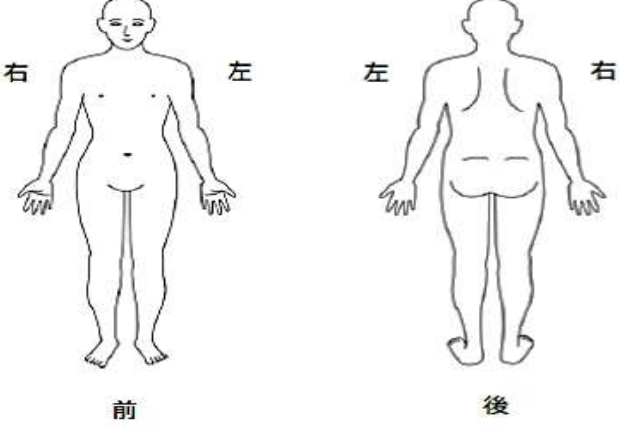


問 診 票

年 月 日

フリガナ	(男 ・ 女)	身長	cm	体重	kg
お名前	生年月日 (大・昭・平・令)		年	月	日 (歳)
ご住所 〒 —					
電話番号 (携帯電話 (
本日は、下記のいずれをお持ちでしたか？ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナ保険証			直近1年間で健診 (特定健診や高齢者健診など) を受けられましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <input type="checkbox"/> マイナ保険証準備中			健診名： いつ頃： 年 月 ごろ		
現在、介護保険をご利用ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
① いつからですか？ 年 月 日			② 症状のある場所に印をつけて下さい		
③ どのような症状ですか？ (痛み・しびれなど)					
④ 症状の原因・きっかけはありますか？ <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 原因不明					
<input type="checkbox"/> 交通事故 事故日： 年 月 日					
<input type="checkbox"/> 労災 (<input type="checkbox"/> 仕事中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤中) 受傷日： 年 月 日 勤務先名 勤務先電話番号					
⑤ 現在、治療中の病気・けが・処方薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 病傷名： 医療機関名： 受診日： 年 月 日 処方薬：			⑥ 今までに手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 傷病名： 医療機関名： 手術日： 年 月 日		
⑦ 腎臓・肝臓の機能障害がありますか？ <input type="checkbox"/> ある (肝臓 ・ 腎臓) <input type="checkbox"/> ない			⑧ 嗜好品について たばこ <input type="checkbox"/> 吸う (1日/ 本) <input type="checkbox"/> 禁煙した <input type="checkbox"/> 吸わない アルコール <input type="checkbox"/> 飲む (量：) <input type="checkbox"/> 飲まない		
⑨ アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 薬 (<input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 消毒薬 <input type="checkbox"/> 麻酔) / 薬品名： <input type="checkbox"/> 食べ物 / 食品名： <input type="checkbox"/> その他：					
⑩ 女性のみお答えください <input type="checkbox"/> 妊娠中 (月) <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠していない					
⑪ スポーツをされている方 スポーツ種目 / ポジション： 学校名・チーム名など： / 紹介者：					
紹介状や画像データ (CD-R等) はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			井戸田整形外科にかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい (受診日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ		

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めており、
 正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。