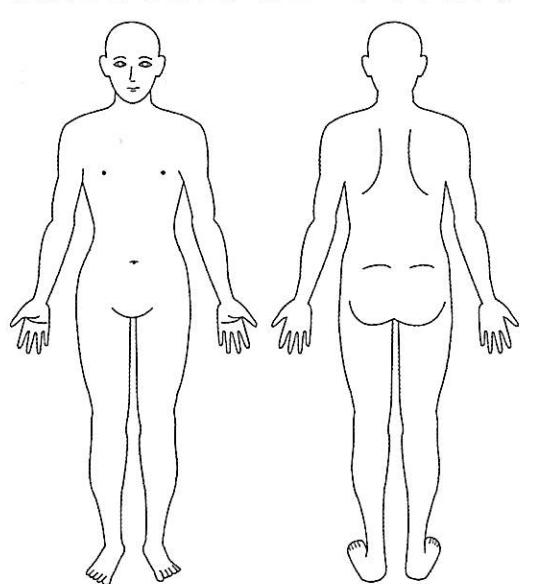


フリガナ		男 ・ 女	生年月日		
氏名			西暦	年	月 日 (才)
住所	〒 一				
電話番号		身長	cm	体重	kg 体温 °C

● どのような症状ですか？ (○でお囲みください) 痛み しびれ 動かしにくい はれ その他 ()	症状のある部位に○をつけて下さい。 
● いつ頃からありますか？ (から)	
● きっかけは何ですか？ 転んだ ぶつけた ひねった 自然に 学校で 交通事故 仕事中 その他 ()	
● 今回の症状で医療機関を受診されましたか？ いいえ はい (病院名)	
● 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？ なし あり ()	
● 現在、治療中の病気はありますか？ なし あり (喘息 糖尿病 心臓疾患 脳血管障害 その他 ())	
● 現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり ()	
● お仕事の内容 デスクワーク 立ち仕事 力仕事 その他 ()	
● お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり ()	
● 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ ※女性の方 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 病院なび 看板 知人の紹介 通りがかり その他 ()	

ご協力ありがとうございました。

●他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ なし あり

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ いいえ はい

～以下の質問はマイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要です～

●この一年で健診（特定健診や高齢者健診）を受診されましたか？

いいえ はい

直近の健診はいつされましたか？ _____ 頃

その際指摘された健康状態はございましたか？

なし あり（ ）

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。