

初 診 申 込 書

カルテNo.

年 月 日

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	生 年 月 日 大・平 年 月 日(才) 昭・令
住 所	〒 -		(TEL) - - (携帯) - -
マイナンバーによる受付された方、診療情報取得に同意 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			

◎ 当院は診療情報を取得・活用することにより、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。

問 診 票

1. いつ頃から ()月()日から ()週間位前から ()ヶ月前から ()年前から		
2. どうされましたか？ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 熱がある	具体的に	
職業()		
お仕事や交通事故によるケガですか	はい	いいえ
3. アレルギー体質とか、異常体質と言われたことがありますか？ シップでかぶれますか？	はい	いいえ
4. 注射(局所麻酔を含む) やのみ薬で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？	はい	いいえ
5. いままで手術や大けがをしたことがありますか？	はい	いいえ
6. 現在あるいは、いままでに次の病気にかかったことがありますか。 あれば○印でかこんでください。 (既往症) ()	糖尿病、 高血圧 心臓病、 腎臓病 リウマチ、結核 ぜんそく	
7. 現在、医師の治療をうけたり、服用している薬がありますか？	はい	いいえ
8. いままでに気を失ったことまたはケイレンを起こしたことがありますか？	はい	いいえ
9. (女性のみ) 現在妊娠していますか、あるいは、妊娠の疑いがありますか？	はい	いいえ
10. 来院のきっかけ ①近隣、知人のご紹介 ②他医療機関からの紹介 ③通りがかり ④ホームページを見て ⑤その他 ()		