

初診の患者さんへ

____年 ____月 ____日

ふりがな

氏名 _____ 性別 男・女 _____

生年月日 昭・平・令 _____ 年 ____月 ____日 _____ 才 _____

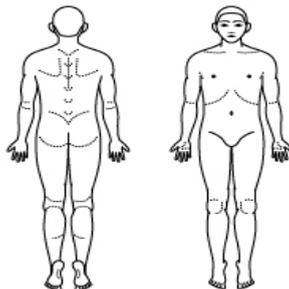
ふりがな 〒

住所:

電話:

携帯:

- いつからですか? 職業()
()
- 部位はどこですか。右下図に○印をつけて下さい。



- どうされましたか?
① 痛い ② はれている ③ しびれる ④ 動きにくい
⑤ 変形している ⑥ つめたい ⑦ その他
- どのようにして起こりましたか?
① わからない(理由もなく起こった) ② 打った ③ ねじった
④ 労災事故 事故日:令和 ____年 ____月 ____日
⑤ 交通事故 事故日:令和 ____年 ____月 ____日
⑥ その他()
- 今までに手術を受けたことがありますか?
ない あるいはある(病名:)
- 今までに薬などでアレルギーをおこした事がありますか?
ない あるいはある()
- 既往歴(あてはまるものに○を記入ください)
高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 その他()
- ワーファリンなど、血液をさらさらにする薬を飲んでいますか?
ない あるいはある(内容:)
- その他、現在服用中の薬がありますか?(お薬手帳をお持ちの方は内容をコピーさせていただきます)
ない あるいはある(内容:)
- 女性の方へ:現在妊娠されていますか? いいえ はい(週目)
- 身長(cm) 体重(kg)
- 当医院をどこでお知りになりましたか?()
- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ

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