

問 診 票 (Web)

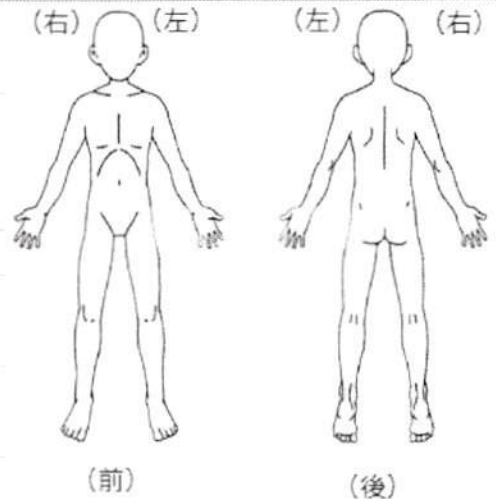
受診日 年 月 日

ふりがな					
氏名	男	生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日(満 歳)			
	女	身長	cm	/ 体重	kg
現住所	(〒 -)	都 県	区 市	府 道	町 村
TEL	自宅：		携帯：		

該当する箇所に✓を入れてください。

- 当クリニックを受診されたきっかけを教えてください。
 - ☐ 病院からの紹介(病院) ☐ 知人・家族に聞いて ☐ 看板をみて
 - ☐ ホームページ ☐ Google ☐ 病院クチコミサイトCaloo ☐ その他()
- 工作中・通勤中または交通事故によるものですか？ ☐ いいえ ☐ はい(自賠責・労災を使用)

※"はい"と答えた方のみ→受傷してから他の病院を受診されましたか？ ☐ いいえ ☐ はい
- 現在同じ症状で他の医療機関（接骨院等を含む）を受診していますか？ ☐ いいえ ☐ はい
- 以下の質問にお答え下さい。
 - ① 症状の箇所を右図へ○で囲んで下さい。 → → → → → →
 - ② どのような症状ですか？
 - ☐ 痛み ☐ しびれ ☐ 腫れ ☐ 内出血 ☐ つる
 - ☐ その他 ()
 - ③ 症状が出たのはいつ頃ですか？ ()
 - ④ 症状が出たきっかけを教えてください。 ☐ 原因不明 ()
 - ⑤ 加入している保険会社へ診断書提出の予定はありますか？
 - ☐ いいえ ☐ はい
 - ⑥ かかりつけの病院・通院中の病院はありますか？
 - ☐ いいえ
 - ☐ はい → 医療機関名 ()
 - ⑦ 現在、服用しているお薬があれば教えてください。 ☐ 服用なし
 - ☐ 薬手帳あり → 受付へお出し下さい。
 - ☐ 内服中 (薬剤名：)
 - ⑧ 今までにかかった病気や手術歴があれば教えてください。 ☐ なし
 - ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳血管障害 ☐ 緑内障 ☐ 喘息 ☐ 腎機能障害
 - ☐ その他 ()
 - ⑨ 内服薬、外用薬、歯科麻酔などでアレルギー反応が出たことはありますか？ ☐ なし
 - ☐ あり (薬剤名：)
 - ⑩ 手術等でお体の中に金属はありますか？ ☐ なし
 - ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 人工内耳 ☐ 脳動脈クリップ ☐ その他()
 - ⑪ インスリンポンプ・持続グルコース測定器を装着していますか？ ☐ なし ☐ あり
 - ⑫ 現在、妊娠及び授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ 妊娠中(の可能性あり) ☐ 授乳中
 - ⑬ 介護保険を利用していますか？ ☐ いいえ ☐ はい 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5



ご記入ありがとうございました。記入が終わりましたら、受付へお出し下さい。

医療法人志匠会 門前仲町クリニック

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の良い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いします。

◆医療情報取得加算（初診時）：1点