ID：

文書：清泉一静一016

問 診 票

新患　再初診　別・同	社　国　自費　交　労 介保：　有　無	問診	受付	問	保

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願いします。

※太枠内をすべてご記入ください。

診察日	年　月　日		
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
氏　名	男・女		年　月　日（　歳）
携帯電話		自宅	
住　所	〒　ー		

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか　はい・いいえ・持っていない

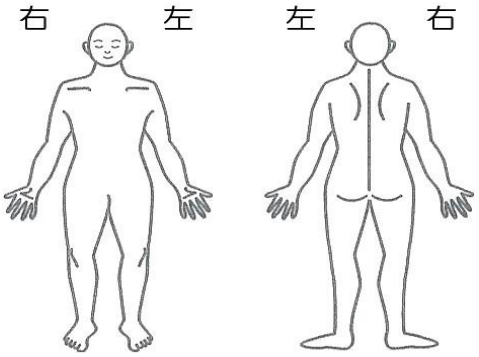
●【65歳以上の方へ】介護保険の認定を受けていますか　いいえ・はい（介護保険証をご提示ください）

●【未成年の方へ】
- 付添いの方はいますか　いいえ・はい（父・母・その他[　]）
  - ⇒保護者の方の連絡先　[　]
- 学校での受傷の場合、スポーツ保険を利用しますか　いいえ・はい

＜ 症状についてお答えください ＞

●診察を希望する部位に〇をしてください

右　左　左　右



身長　cm ／ 体重　kg

●どのような症状ですか
痛い・しびれ・はれ・違和感
その他（　）

●いつごろからですか
今日・昨日・それ以前（　月　日）

●症状はいつ起こりますか
常にある・スポーツや運動時
寝ている時・起床時・ときどき

●原因にこころあたりはありますか
- いいえ
- はい（下の空欄へ具体的にご記入ください）

交通事故・労災

●同症状で他の病医院や接骨院を受診していますか
- いいえ　・紹介状【有・無】　画像データ【有・無】
- はい　・病院名＿＿＿＿　・治療内容＿＿＿＿
- 時　期　現在通院中・　年　月頃から　年　月頃まで通院

●職種：デスクワーク・立ち仕事・その他（　）　●運動：（週　回）

●現在治療中の病気・または既往歴はありますか
いいえ・はい　糖尿病・高血圧・喘息・心臓病・ペースメーカー・脳疾患・がん（部位：　）・血液感染症・その他（　）

●これまでに大きな病気（手術や入院等）にかかったことがありますか
いいえ・はい　時期：　年　月頃　内容：

●内服中の薬がありますか（お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください）
いいえ・はい　薬品名：

●この1年間で特定健診を受診しましたか　いいえ・はい

●薬や食品などのアレルギーはありますか　いいえ・はい（薬品・食品名：　）

●麻酔で気分が悪くなったことはありますか　いいえ・はい

●リハビリを希望しますか　希望する・必要なら希望する・希望しない

●タバコは吸いますか　いいえ・はい（1日　本/　年間）

●女性の方のみお答えください
- 妊娠中ですか　いいえ・はい【妊娠（　）週】
- 授乳中ですか　いいえ・はい

来院のきっかけ	再来院・ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ・知人の紹介・ご近所・通りがかり・他院紹介・SNS・その他（　）

2022年10月1日版