

### 関口病院 問診票

カルテNo.		<input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> その他	
フリガナ		性別・年齢	生年月日		
氏名		男・女 ( ) 歳	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒 -	電話番号又は携帯			
		家族の連絡先			

① 他の医療機関からの紹介状、画像CDはお持ちですか？ はい ( ) いいえ

② どのような症状で来院されましたか？

1) 症状のあるところに○をつけてください。(右図) ⇒

2) 具体的な部位がわかる方は下記にシをつけてください。

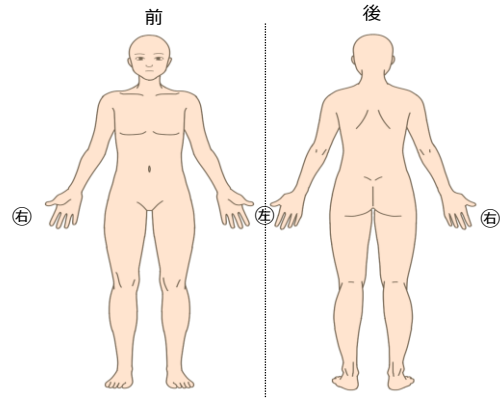
首 肩 背中 胸 肋骨

腰 脇腹 でん部 (お尻) お腹

腕 ( ) 足 ( )

その他 ( )

\*左右どちらですか？ 左 右 両方



3) どのような症状ですか？

痛み しびれ 腫れ 変形 その他 ( )

4) いつ頃から症状がありますか？ ( )

5) 何が原因ですか？

交通事故 スポーツ外傷 工作中的の事故 転倒 原因不明 その他 ( )

( )

6) 交通事故・労災の場合は日時を記入してください。(受傷日：令和 年 月 日 時頃)

③ これまでに病気・入院・手術の経験はありますか？

なし 喘息 高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管疾患 胃・十二指腸潰瘍

結核 その他 手術 ( )

④ 定期的に飲んでいる薬はありますか、ある方は記入してください。

なし あり ( )

⑤ 食べ物・薬・注射などでアレルギーになったことがありますか？

なし あり ( )

⑥ かかりつけの病院、医院はありますか？

なし あり ( )

⑦ 体内に金属が入っていますか？

なし あり 不明

⑧ 女性の方にお伺します。妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ

⑨ 介護保険・身体障害者手帳についておたずねします。

\* 障害者手帳 なし あり ( )

1) 介護保険 なし あり：要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)

2) 介護サービスの利用 ケアマネージャー ( ) 事業所 ( ) 連絡先 ( )

なし あり：( 往診 訪問看護 デイサービス デイケア 訪問介護

ショートステイ 福祉用具レンタル その他 ( )

⑩ マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？

はい いいえ

⑪ この1年で健診(特定検診及び高齢者検診に限る)を受診されましたか？

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)