

## 問診票

フリガナ					施設入居者は施設名と連絡先	
受診者名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生	年齢	歳
ご住所	〒□□□-□□□□					
電話番号	-	-		携帯電話	-	-
会社名			業務内容			車運転業務 有・無

※当院にて記入 自賠責適用予定・健保適用 保険会社からの事前連絡 有り(担当者名 ) なし

保険会社名 ( ) 連絡先 ( ) 診断書(必要・不要・後日・警察用・会社用)

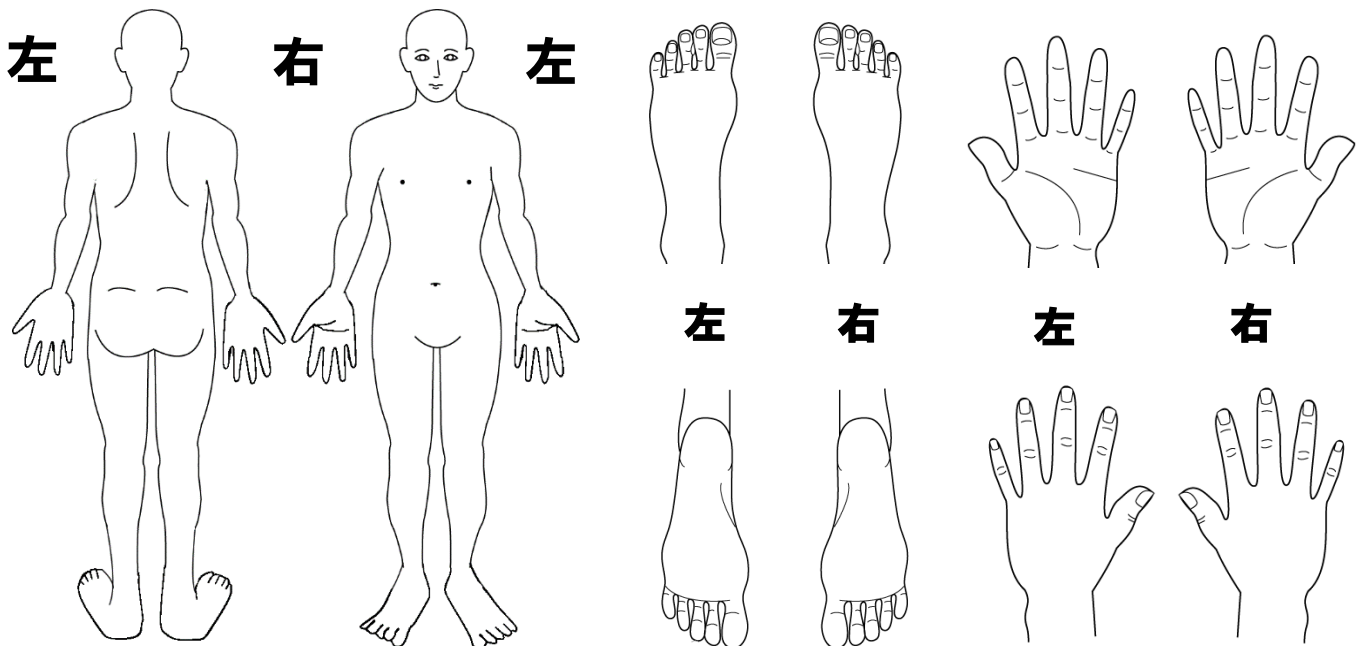
症状はいつからですか？

ケガをした日： 月 日 どこで： \_\_\_\_\_

ケガではない場合： 年 月 日頃から症状が出た

症状がでたきっかけ・思い当たる原因は？

- 交通事故 工作中・通勤中(労災適用) スポーツ中( ) 学校でのケガ  
わからない 転んだ ひねった ぶつけた 落ちた あたった つまずいた  
その他 ( )  
 どのような状況でしたか？ ( )

症状のある部位に○をして下さいどのような症状ですか？

- 痛い しびれ 動かない 腫れ 内出血 擦り傷、切り傷  
その他 ( )

\*裏面もご記入下さい

本日、発熱はございますか？

はい（ 度 分）※必ず受付にお申し出ください いいえ

現在治療中のご病気はございますか？

有り（病名 )  
高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 脳梗塞 喘息 )  
その他のご病気（病名 )  
治療中の病気は現在なし

現在、内服中のお薬はございますか？

有り 血圧 糖尿 心臓 胃薬 消炎鎮痛剤 その他（ )  
お薬名（ )  
お薬手帳あり  
特になし

薬や食べ物のアレルギーはございますか？

有り 薬（ ） 食べ物（ ） その他（ )  
特になし

ご家族や血縁関係でご病気や遺伝性疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

心臓病 高血圧 糖尿病 その他（病名 )  
特になし

女性の方のみお答え下さい

現在妊娠中ですか？ はい いいえ  
現在授乳中ですか？ はい いいえ

他院からの紹介の場合、紹介状、CDR、レントゲンフィルムはお持ちですか？

紹介状有り CDR あり フィルムあり  
特になし

当院を何でお知りになりましたか？

ネット バス広告 看板 近所 その他（ )

6歳未満の方は体重のご記入をお願いします（ k g）

マイナンバーカード使用確認の同意について

本日マイナンバーカードはお持ちですか？ はい いいえ

マイナンバーカードはお持ちですかの問いに「はい」にチェックをされた方にお伺いします。

薬剤情報には同意されましたか？ はい いいえ  
特定検診には同意されましたか？ はい いいえ

その他・備考

**★当院はクレジットカードのご利用はできません。現金のみとなります。**

当院では患者様に安全かつ最適な医療を提供するために、診察、検査（レントゲン、採血）治療法（薬剤副作用など）の事前説明、個人情報法、自費診療単価など、ご本人の同意を得てから、円滑な医療を提供致します。

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します。

上記内容と診察、検査法、治療法、院内掲示項目などに関し確認し、同意致し、下記に署名をします。

**※未成年の場合保護者（付き添い）**

本人署名

署名

**ご記入ありがとうございました。お手数ですが問診票を受付までお持ち下さい**

**お薬手帳、紹介状、CDR をお持ちの方は受付にお預け下さい**