

診療前記入表

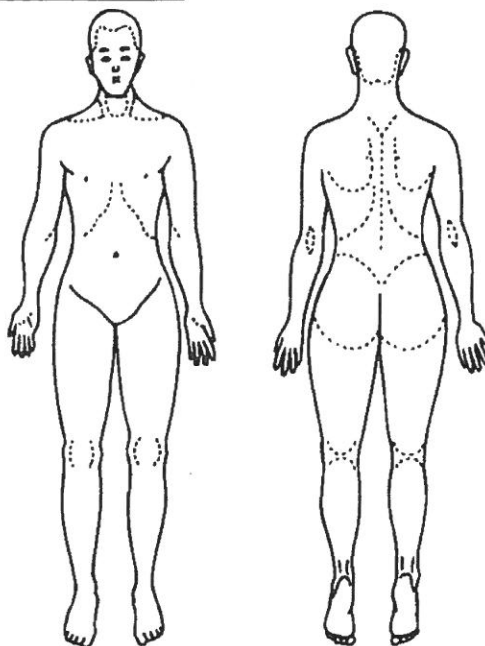
I.D.

氏名 _____

年齢 _____ 歳

1. 今日はどうされましたか？

痛みがある しびれる 感覚が鈍い
動きが悪い 腫れている 歩きにくい
歩けない 傷がある つっぱる
何かできている
その他 (_____)



2. 症状のある部位はどこですか？

右の図に○をつけてください

3. その症状はいつ頃からですか？

月 日 時頃

() 日前 () 週間前
() か月前 () 年前

4. 症状が出たきっかけ・原因はありますか？

転倒 ぶつけた ひねった 落ちた はさんだ 切った
その他 (_____)
原因不明

5. 今回の症状で、他の病院（医院）にかかりましたか？

いいえ ・ はい 病院名 _____

6. 現在、治療中の病気、かかったことのある病気に○をつけてください

高血圧・糖尿病・喘息・胃潰瘍・心臓病・腎臓病・肝臓病・リウマチ
痛風・脳梗塞・前立腺肥大・がん・腫瘍・甲状腺・婦人科疾患
緑内障・ペースメーカー・心療内科疾患（うつ、不安神経症など）
手術 (_____)
その他 (_____)

7. 現在、飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい → 薬手帳をお持ちの方は提出してください
お持ちでない方 薬品名 (_____)

裏面もお書き下さい⇒

8. 介護保険の認定を受けていますか？

いいえ ・ はい → 要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
介護サービスを利用されていますか？
（デイサービス・ヘルパー・福祉用具レンタル）
（その他 _____）
※介護保険証をお持ちの方は提出してください

9. 身障者手帳など福祉の手帳をお持ちの方は提出してください

10. アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい → 薬（ _____ ）
食品（ _____ ）
その他：アルコール綿・喘息・花粉症・アトピー
ゴム・金属・（ _____ ）

11. 女性の方のみお答え下さい。

現在妊娠していますか？ はい ・ いいえ ・ わからない
現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ

12. 当院をどのようにお知りになりましたか？

紹介された（ 家族・知人・他院 ）

※紹介者のご家族、知人の方は当院を利用されていますか？

はい ・ いいえ

広告（看板など） ・ インターネット ・ メディカルガイド

近所 ・ 通り道

その他 _____

13. 職業をお知らせ下さい（具体的な職種・業務内容）

当院では診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めてまいります。

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。