

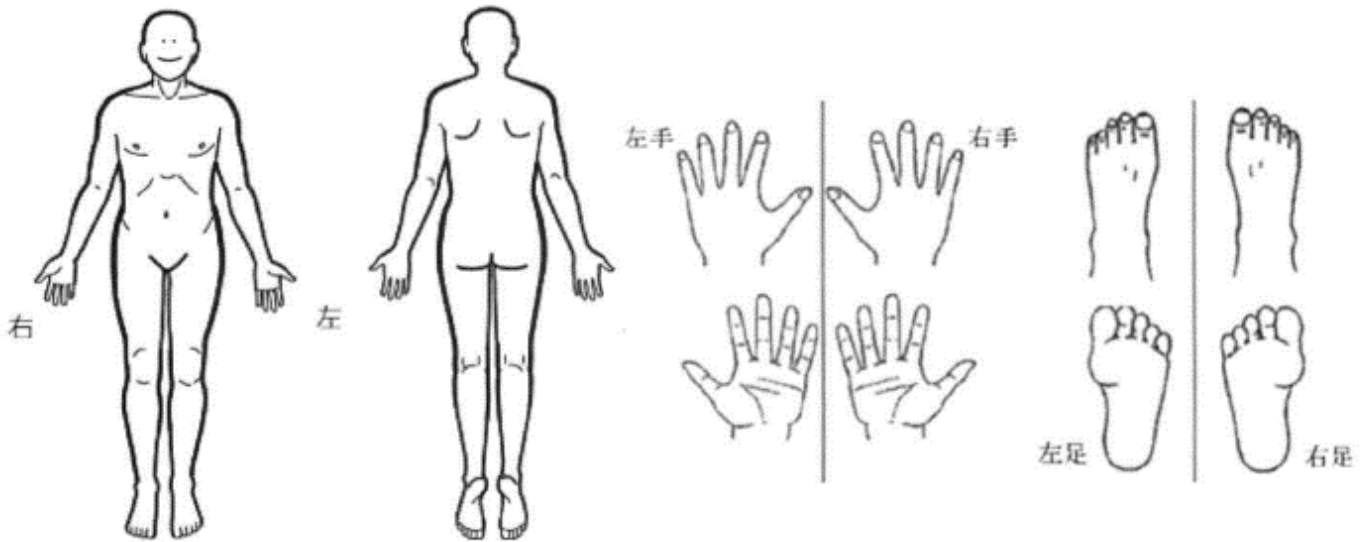
問診票

受診日 年 月 日

ふりがな		生年月日
お名前	男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日 (歳)
ご住所	(ー) 滋賀県近江八幡市 (県・府 市)	
	電話：	携帯：
介護認定	なし・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
	身長	cm 体重 kg

1) どのような症状で受診されましたか？(症状があるところを図に書き込んでください)

痛い・しびれる・腫れている・その他 ()



2) いつから症状がありますか？ _____ **頃から**

3) 原因はありますか？

特になし・転倒・転落・工作中・スポーツ (具体的に _____) ・その他

4) 今回の症状に対して治療を受けましたか？ (はい ・ いいえ)

はいの方 病院・クリニック名 _____ 診断名 (_____)

5) 紹介状はお持ちですか？ (はい・いいえ) 画像データ (CD-R) あり・なし

* 紹介状をお持ちの方は受付にお渡しください

6) お仕事は何ですか？

事務職 (デスクワーク中心) ・農業 (田・畑・その他) ・製造業・土木建築・運送業・介護職

医療関係 (事務・看護師・他) ・教員 (小・中・高) ・学生 (小・中・高等学校 年生)

大学生・専門学校・主婦・その他 (_____)

裏面もご記入ください

7)定期的にスポーツはしていますか？（はい・いいえ）

はいの方 種目 _____ 頻度 週に・月に _____ 回（1回あたりの時間 _____ 時間）

8)過去に大きな病気をされましたか？（はい：病名 _____ ・いいえ）

9)手術を受けたことがありますか？（はい：病名 _____ ・いいえ）

10)現在 治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

高血圧・高脂血症・糖尿病（HbA1c _____ %）・心臓病・腎臓病・肝臓病・ぜんそく・胃潰瘍
アレルギー・痛風・高尿酸血症・骨粗しょう症・その他

11)服薬中のお薬はありますか？（はい・いいえ）お薬の名前

***おくすり手帳をお持ちの方は受付にお出してください**

12)お薬や食べ物のアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

はいの方 薬の名前（ _____ ） 食べ物（ _____ ）

13)女性の方へ

現在 妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ）

現在 授乳中ですか？（はい・いいえ）

14)50歳以上の方・閉経後の方へ

骨粗しょう症の検査（骨密度・採血）を希望されますか？（はい・いいえ）

15)当クリニックはどのようにして知りましたか？

他院からの紹介（ _____ ）・知人の紹介（紹介者名 _____ ）

口コミ・近所・ホームページ・インターネット検索・以前院長にかかっていた

16)マイナンバー保険証による情報提供取得について 同意する

当クリニックは診療情報を取得・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、マイナンバーカード保険証の利用にご協力をお願いいたします

◆医療情報取得加算 が 2024年6月1日から加算されます

初診 保険証での受診：3点 マイナ保険証（薬剤情報・検診結果の取得に同意した場合）での受診：1点（月1回）

再診 保険証での受診：2点 マイナ保険証（薬剤情報・検診結果の取得に同意した場合）での受診：1点（3月に1回）

17)その他、なにかございましたら記入ください