

No. _____

初診 / 再初診 問診票

年 月 日

フリガナ:

お名前: _____ 様 男 ・ 女 ご職業: _____

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 身長: _____ cm 体重: _____ kg

ご住所: 〒 _____ - _____

電話番号: 自宅 (_____) 携帯 (_____)

1.いつ頃から、どのような症状がありますか?

症状ある部位に○つけてください

_____ 年 _____ 月 _____ 日

2.原因はありましたか?

☐なし ☐交通事故 ☐労災 ☐その他

☐学校内の怪我 (スポーツ保険 使用 / 不使用)

3.本症状の治療を他院で受けましたか?

☐なし ☐あり (紹介状 あり / なし)

4.食べ物、薬剤などにアレルギーをお持ちですか?

☐なし ☐あり: _____

5.持病はありますか? _____

6.常用薬はありますか? ☐なし ☐あり: _____

※お薬手帳お持ちでしたら、診察の際にお出してください。

7.要支援/要介護を受けていますか? ☐いいえ ☐はい: _____

※前述の設問にて、はいの方にお伺いします。8.訪問リハビリを受けていますか? ☐いいえ ☐はい
女性の方にお伺いします。

9.妊娠の可能性はありますか? ☐なし ☐あり

授乳中ですか? ☐いいえ ☐はい

10.本日は下記のいずれかをご持参されましたか? ☐健康保険証 ☐マイナンバーカード保険証

マイナンバーカード保険証での受診の方にお尋ねします。

11.あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を当院が取得することに同意されましたか?

☐同意していない ☐同意した

12.直近1年間で健診 (特定健診や高齢者検診など) を受けられましたか?

※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記入不要です。

☐受けてない ☐受けた いつ頃: _____ 年 _____ 月ごろ 健診名: _____

13.当院を何で知りましたか?

☐以前から知っていた ☐ホームページ ☐インターネットで検索 ☐知人・家族 (_____)

☐他院 (_____) からの紹介 ☐その他: _____

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、医療 DX 推進体制加算いただきます

