

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。

受けたない 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

