

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/学校名: _____

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 (_____)

お名前でのお呼び出しを希望されない方はこちらにチェックしてください ☐

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?

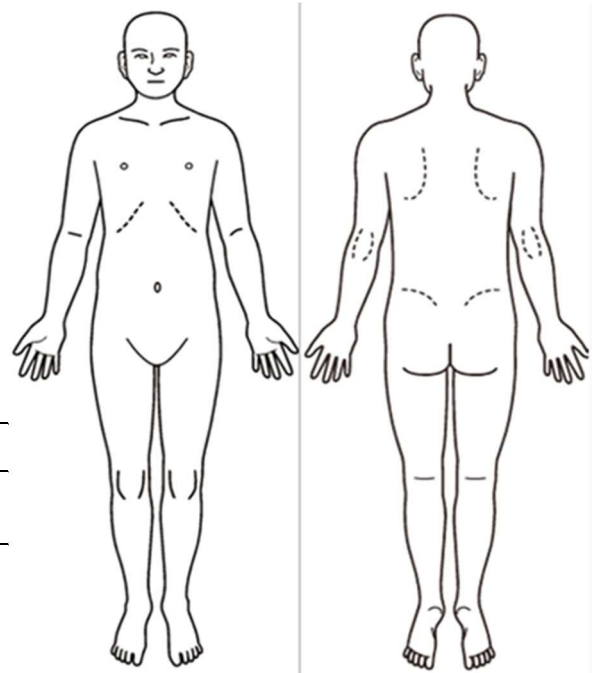
※前述の設問にて、健診歴の情報取得に同意された方は記入不要です

☐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