

ふりがな		男 ・ 女	生年月日		
名前			大・昭・平・令 年 月 日 () 歳		
住所	〒	職業	携帯電話 () 自宅電話 ()		

1) マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか? はい ・ いいえ
(マイナンバーカードで受付した方のみ)

2) どのような症状で来院されましたか?
痛い・しびれる・ねんざ・打撲
傷がある・その他 ()

3) いつ頃からですか?
(年 月 日から)

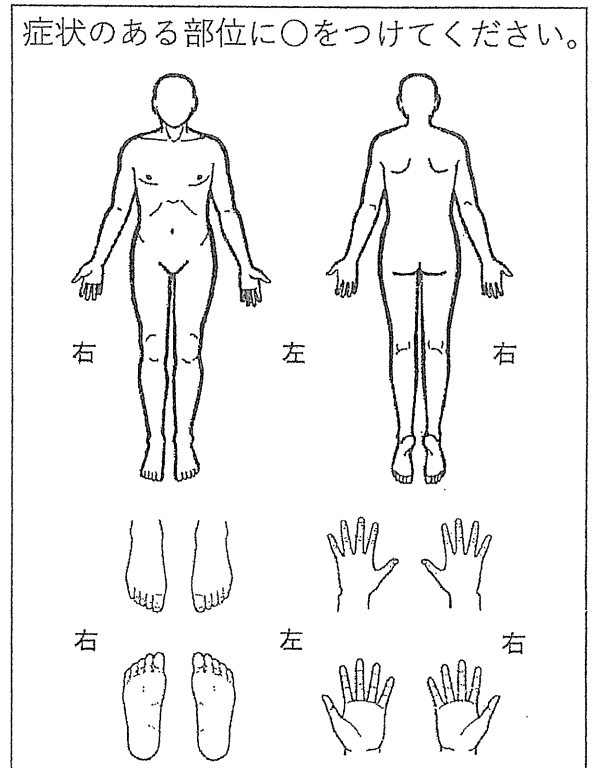
4) 原因と思われることはありますか?
特になし・転倒・スポーツ・交通事故
労災・その他 ()

5) 現在治療中、または今まで病気や手術
をしたことがありますか?

特になし

高血圧・糖尿病・ぜんそく・胃潰瘍
心臓病・ペースメーカー・脳疾患

腎臓病・透析・肝臓病・痛風・リウマチ・骨粗しょう症
手術 () ・その他 ()



6) 湿布にかぶれやすいですか? はい ・ いいえ

7) 現在、お薬を飲んでいますか?

はい (薬品名) ・ いいえ

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1か月以内の処方薬以外は記入不要です。

8) お薬を飲んだり注射をして副作用が起きたことはありますか?

はい (薬品名) ・ いいえ

9) 女性の方にお聞きします。

・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

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。