

ふりがな		男・女	生年月日	身長	cm
名 前			大・昭 平・令 年 月 日 () 歳	体重	kg
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 ()

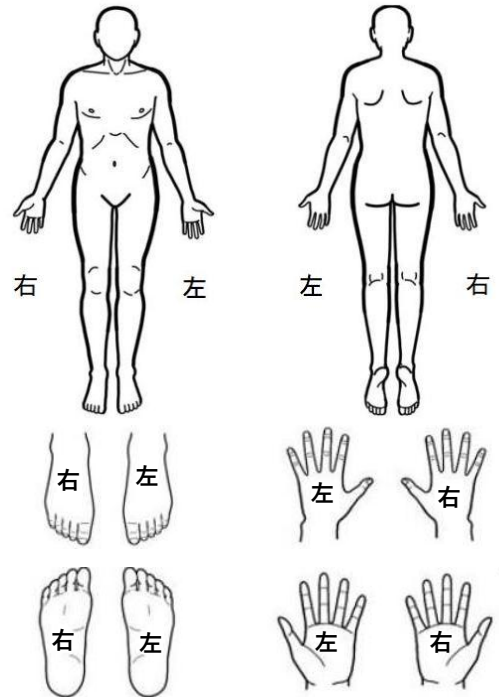
5) 現在治療中、または今まで病気や手術
をしたことがありますか？

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 ()

症状のある部位に○をつけてください



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。