

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

TEL 自宅 _____ - _____

携帯 _____ - _____

(〒 _____)

住所 _____ ※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

[はい・いいえ]

下記の項目に関して、わかる範囲でお書き下さい。

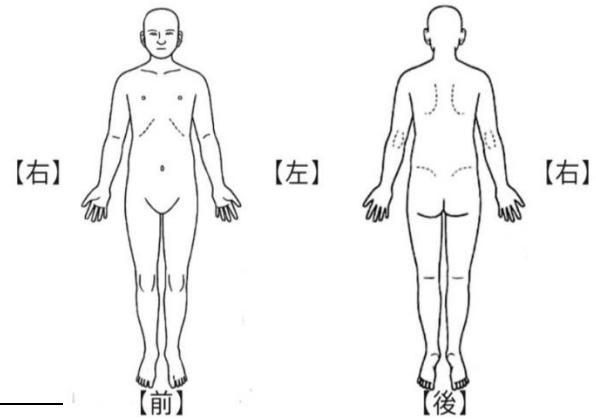
①具合の悪い箇所を下図に○印をつけて下さい。

いつ頃から具合が悪いですか？

きっかけはありましたか？

(ない ・ ある)

あると答えた方: _____



②それは交通事故ですか？労災（工作中的のケガ、通勤途中のケガ）ですか？

[いいえ・はい (交通事故 ・ 労災)]

③どのような症状ですか？

[痛む ・ しびれる ・ その他 _____]

④アレルギーはありますか？ [いいえ・はい]

薬品名 (_____) 食べ物 (_____) その他 (_____)

⑤既往症または入院・手術・大きな病気にかかれたことはありますか？

[いいえ・はい] [病名: _____ / 昭和・平成・令和 _____ 年頃]

⑥現在、他の医療機関に通院されていますか？また、内服中のお薬はありますか？

[病院名: _____]

[お薬の名、用量、投薬期間: _____]

⑦体内にペースメーカー等・金属は入っていますか？ [いいえ・はい]

⑧他の医療機関からの紹介状、CD-R（レントゲン画像等）をお持ちですか？

紹介状《 ある・なし 》 CD-R《 ある・なし 》 ※お持ちの方は受付にご提示下さい。

⑨介護保険における要介護認定を受けていますか？ [はい・いいえ・申請中]

はいと答えた方のみ○をつけて下さい。

(要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)

⑩この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか？ [いいえ・はい]

【受診時期: _____ 頃、 指摘事項: _____】

⑪女性の方にお尋ねします。現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？

[いいえ・はい・不明・授乳中]

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します。

宮崎台新田整形外科