

ふりがな			性別		年齢	歳
氏名			男・女			
身長	cm	体重	kg	連絡先	-	-

交通事故ですか？	いいえ ・ はい	工作中・通勤中のケガですか？	いいえ ・ はい
----------	----------	----------------	----------

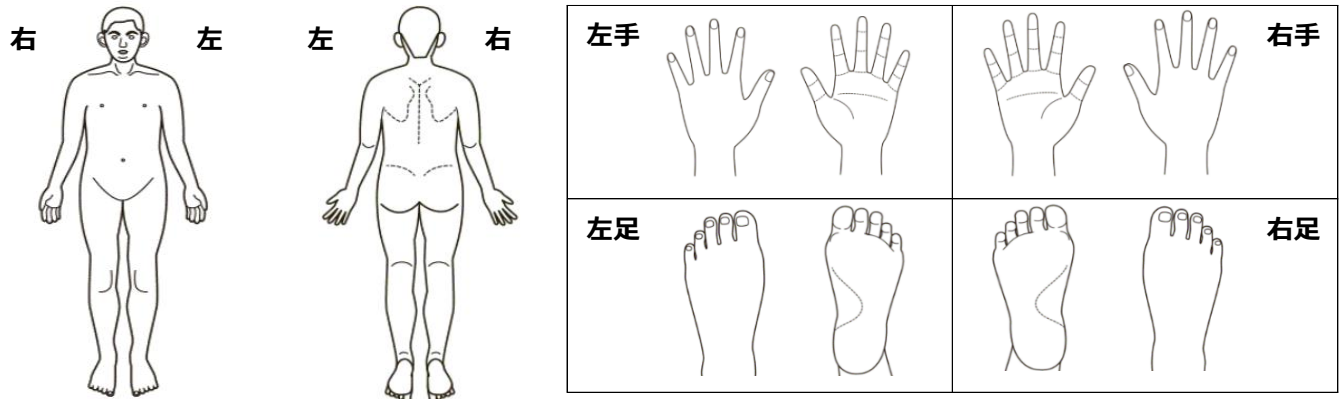
1	マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか？	いいえ ・ はい
---	---------------------------	----------

2	今回来院されたケガ、病気は他の病院で診てもらったことがありますか？	いいえ ・ はい
---	-----------------------------------	----------

はいの場合 → 紹介状の持参 ( なし ・ あり )  
 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

3	いつから、どのような症状がありますか？
---	---------------------

いつから	月 日 <sup>AM</sup> / <sub>PM</sub>	時頃 ・ ( ) 日前 ・ ( ) 週間前 ・ ( ) 力月前
どこが	部位 ( _____ ) 下の絵に○をつけてください	
症状	痛み ・ しびれ ・ はれ ・ 出血 ・ その他 ( _____ )	
原因	転倒 ・ スポーツ ・ 使いすぎ ・ 交通事故 ・ 不明 ・ その他 ( _____ )	



4	お薬・食べ物・注射・金属などでアレルギーが起きたことがありますか？	いいえ ・ はい
---	-----------------------------------	----------

はいの場合 → 名前 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 症状 ( \_\_\_\_\_ )

5	現在、治療中の病気はありますか？	いいえ ・ はい
---	------------------	----------

はいの場合 → 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 高脂血症 ・ 不整脈 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞 ・ 喘息  
 腎臓病 ・ 甲状腺病 ・ 肝炎 ( A ・ B ・ C ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

6	現在、飲んでいるお薬はありますか？	いいえ ・ はい
---	-------------------	----------

はいの場合 → ・ お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。  
 ・ お薬手帳をお持ちでない方はお薬の名前をおしえてください。  
 薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )  
 ・ どこでもらっていますか？  
 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

7	今までに病気やケガで入院・手術されたことはありますか？	いいえ ・ はい
---	-----------------------------	----------

はいの場合 → 病名 ( \_\_\_\_\_ )

8	介護認定を受けていますか？	いいえ ・ はい
---	---------------	----------

はいの場合 → 要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

9	この1年間で特定健診または高齢者健診を受けましたか？	いいえ ・ はい
---	----------------------------	----------

10	女性の方へ	妊娠していない ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 ( _____ 週目 ) ・ 授乳中
----	-------	---

11	小児整形を受けられる方へ	出生時体重 _____ g 出生時妊娠週数 _____ 週
----	--------------	-------------------------------

◆ 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。