

受診申込書

※紹介状、検査画像（レントゲンフィルム、CD-Rなど）をお持ちの方は、必ず受付にご提出ください。

ふりがな		男	生年月日・年齢		当院使用 問診 登録 入力
患者氏名		・	大・昭		
	様	女	平・令	年 月 日 () 歳	
ご住所	〒 -		電話①	()	
			電話②	()	

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おります。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）マイナ保険証利用：2点 / 利用なし：6点

* (女性のみ) 現在妊娠中ですか？ (はい いいえ)

いま、何かお薬をのんでいますか？ (はい いいえ) お薬手帳ご持参 (あり ・ なし)

内科や外科、耳鼻科、眼科、歯科など他の病院からのお薬も、今回の診療に関係することがあります。

この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ (はい いいえ)

※マイナ保険証による情報取得に同意される方は記載を省略してもかまいません。

問診（わかる範囲で正確にご記入ください）

● 具合の悪い場所、痛い場所、気になる場所はどこですか？

☑ または下記に○をつけてください。複数でも結構です。

- くび（頸部） かた（肩） 背中 こし（腰部）
- ひじ（肘） ひざ（膝） おしり（臀部）
- 股関節 足くび 足、かかと 足のゆび
- その他 ()

● それはいつからですか？

➢ 今日 昨日 () 日前
 () 週前 () 月前
 年 月 日から

● 原因は何ですか？ ○をつけてください。

交通事故 学校のケガ 工作中・通勤中のケガ (* 労災)

受傷日 (ケガをした日) 年 月 日

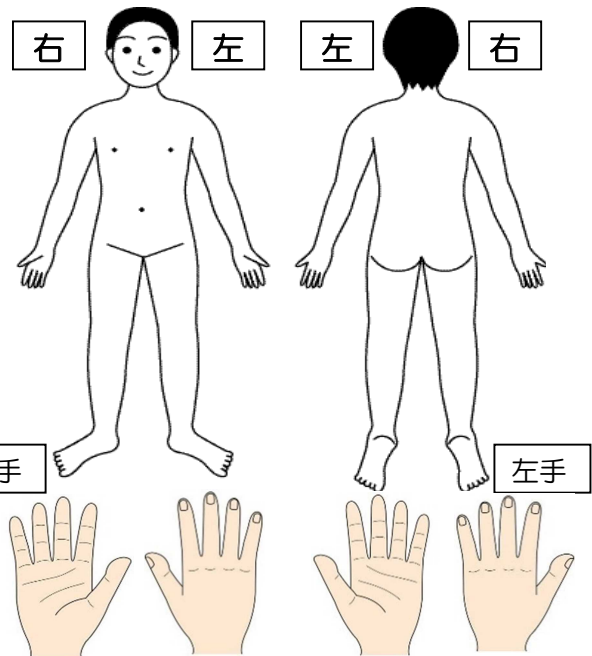
労災の場合 ご勤務先の名称: _____

ご勤務先 TEL: () _____

スポーツに関する症状 転倒など不慮のケガ

特に原因は思いつかない その他 ()

0~5のいずれかに○をつけてください



痛みがない ほんの少し痛い 少し痛い 中くらい痛い とても痛い これ以上の痛みがないほど痛い

0 1 2 3 4 5

2枚目もご記入ください



- 今回の症状で、ほかの病院や接骨院、整骨院などで治療中ですか？（はい いいえ）
 - 治療中の医療機関名：（ ）
 - 病名は何と説明されていますか？（ ）

- これまでにかかった病気、またはいま治療中の病気はありますか？（はい いいえ）

糖尿病 ぜんそく 高血圧 心臓病（不整脈、狭心症、心筋こうそく） 脳こうそく/脳卒中
 胃かいよう/十二指腸かいよう 甲状腺の病気 がん/腫瘍（ ） 認知症
 目の病気 歯の病気 パーキンソン病 心療内科疾患（不安神経症、うつ病など）
 その他（ ）

- 手術を受けたことはありますか？（はい いいえ）
 - 部位・手術名（ ）

- アレルギーはありますか？（はい いいえ）
 - （ ）

- 本日は骨粗しょう症の2次検診（精密検査）のために来院されましたか？（はい いいえ）
- 骨粗しょう症検診や治療を受けていますか？（はい いいえ）
- 骨粗しょう症検査（骨密度測定）を希望されますか？（はい いいえ）

- 介護保険は申請していますか？（はい いいえ）※「はい」の方は以下もお書きください。
 - 該当する要介護度に○をつけてください。
 （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）
 - 担当ケアマネジャーの名前（ ） 電話番号（ ）
 - 利用されているサービス（当てはまるもの全てに✓をつけてください。）
 デイサービス ホームヘルプ ショートステイ 訪問看護
 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション 小規模多機能型居宅介護
 その他（内容： ）

- 心配なことや気になることについて、あてはまるものがあれば○をつけてください（複数でも結構です）。または検査や治療について知りたいこと、ご要望などを自由にご記入下さい。
 - レントゲンやCT、MRI、採血などできちんと検査してほしい
 - 薬を飲んだが、または注射をしたが症状がおさまらない
 - 症状はそれほど困っていないので、心配な病気でなければ薬はいらない
 - 特定の病気（病名 ）ではないかと心配している
 - 症状の原因がわからず、これからどうなるのか気になる
 - 仕事、旅行やスポーツの試合などの予定があり、間に合うかどうか心配している
 - よくなる可能性があれば手術を考えている、またはもともと手術を希望して受診した

ご協力ありがとうございました。診察までしばらくお待ち下さい。

