

予 診 票

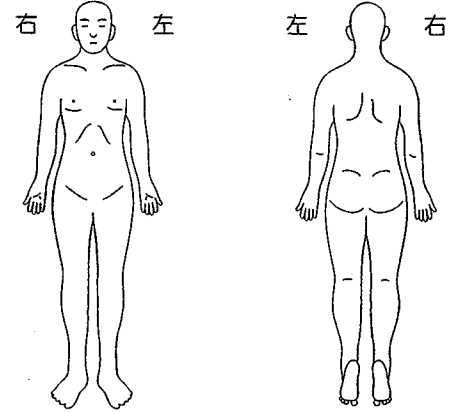
ID

日付 / /

ふりがな	身長	cm、体重	kg	職業(学年)
名前	年齢	利き手	右・左	ペースメーカー 有・無
マイナ保険証				
◎マイナンバーカードを使用して受付をしますか？ (はい・いいえ)				
※(はい)と答えられた方のみ 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)				

どんな症状ですか？

痛い・しびれる・違和感がある
腫れている・傷がある
その他 ()



部位はどこですか？

右の図に○印をつけて下さい。

いつ頃からですか？ (年 月 日)

今日()時頃・昨日・()日前・()週間前

・()か月前・()年前

思い当たる原因はありますか？

転んだ・落ちた・重いものを持った・ひねった・ぶつかった・使いすぎ・スポーツ中・交通事故
わからない・その他 ()

このことで他の病院に受診されましたか？ はい・いいえ

いつ頃ですか？ () どちらの病院ですか？ ()

診断名は？ ()

現在治療中の病気、もしくは過去にかかったことのある病気はありますか？ はい・いいえ

病院名	病院名
() 喘息 ()	() 脳疾患 ()
() 高血圧 ()	() 心疾患 ()
() 糖尿病 ()	() 甲状腺 ()
() 結核 ()	() [50歳以上の女性] 骨粗鬆症の治療 ()
() 緑内障 ()	
() その他(病名:)	病院名: ()

今までに手術を受けたことはありますか？ はい・いいえ

何の手術ですか？	いつ頃ですか？	どちらの病院ですか？
()	/ 年 月 /	()
()	/ 年 月 /	()

現在内服中のお薬はありますか？ はい・いいえ 手帳コピーあり・手帳持参 なし

お薬の名前→ (/ / /)

抗血栓剤は内服していますか？ はい・いいえ

アレルギーはありますか？ はい・いいえ 薬物・造影剤・食物・金属・化学繊維・ゴム製品・イソジン
・アルコール酒綿・その他 ()

嗜好品 喫煙 (する [1日 本]・しない) 飲酒 (飲む・飲まない)

65才以上の方へお聞きします。介護保険の要支援・要介護の認定 (あり・なし・不明)

女性の方へお聞きします。現在妊娠中もしくはその可能性がありますか？ はい・いいえ