

問 診 票

【お会計のご案内】 全ての治療が終わりましたら、受付にお声がけください。

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日 (歳)		身長: cm
お名前			職業		体重: kg
ご住所	〒 -	電話/緊急連絡先 (本人以外)			
		携帯電話 (本人)			

【女性の方へ】 妊娠の可能性がある場合、レントゲンは撮れません。

現在、妊娠されていますか？ (はい・可能性あり・いいえ) 現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

【65歳以上の方へ】 要支援・要介護の認定を受けていますか？ (はい・いいえ)

→はいの方は介護保険被保険者証を窓口にご提示ください。

※当院を受診したことはございますか？ (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致します。

【現在の状況】 ①現在痛みのある場所への右側図へXを付けてください。

②どのような症状ですか？ (当てはまるものに○を付けてください)

- ・じっとしていても痛む 日常生活で痛む スポーツ中 スポーツ後
- ・重苦しい痛み ズキズキする痛み しびれている 動かしにくい
- ・つっぱる 腫れている その他 ()

③いつから痛みがでましたか？ (重傷日)

年 月 日から (悪化している・変わらない・少し良くなった)

④何をして痛めましたか？受傷場面を具体的にご記入お願い致します。

(工作中・労災・交通事故・練習・試合・その他)

詳細:

⑤今回の痛みで、他の病院等にかかりましたか？

かかっていない・病院・接骨院・鍼灸院・整体・その他 ()

紹介状はありますか？ (はい・いいえ)

⑥お薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ) (お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

⑦お薬で副作用がでたことがありますか？ (湿布負け: する・しない・貼ったことがない)

(副作用のある内服:) (副作用のある注射/麻酔:)

⑧この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？ (はい・いいえ)

⑨既往歴 (当てはまるものに○を付けてください)

脳梗塞・肺疾患・高血圧・喘息・糖尿病・その他 ()

心疾患 (ペースメーカー・ステント・その他)

整形外科 (人工関節など) 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・HIV・)

⑩何を見て当院をお知りになりましたか？

当院HP 看板 (電柱・道路沿い・仙台89ers) 知人紹介 病院なび

他医療機関からの紹介 (医療機関名:) その他 ()

右 左 左 右

