

はじめて又は久しぶりに受診される方

記入日 R 年 月 日

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
お名前	男・女	年 月 日 (歳)	
現住所	〒 -	電話番号 自宅 ()	携帯

①どこ具合が悪いですか？

右図に○をお入れください。

②どの様な症状ですか？

痛い・腫れている・しこりがある・

しびれる・変形している・

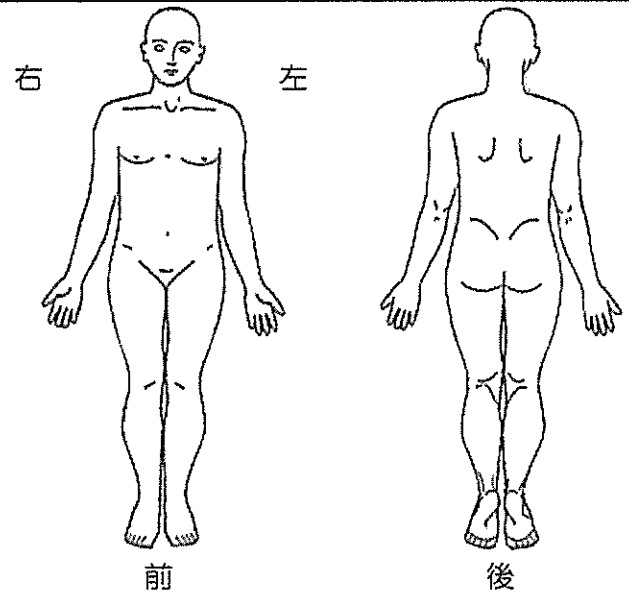
その他 _____

③その症状はいつ頃からですか？

④具合が悪くなったときの様子を具体的に

書いてください。

自然に・転んだ・ぶつけた・その他



⑤現在、他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ

病名 (1) (2) (3)

医療機関名 (1) (2) (3)

⑥現在、内服されているお薬や定期的に受けている注射はありますか？ ある ・ ない

それは何ですか？ _____

⑦過去に病気や大きなけがをされたことがありますか？ ある ・ ない

心疾患・脳疾患・肝疾患・胃疾患・喘息 その他

それはいつごろですか？ _____

⑧今までに注射や飲んだり貼ったりするお薬でブツブツがでた、気分が悪くなったなどの副作用を起こしたことがありますか？ ある ・ ない

それは何ですか？ _____

⑨この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？ はい ・ いいえ

⑩現在、妊娠中(可能性を含む)または授乳中ですか？ (女性のみ) はい ・ いいえ

⑪仕事中や通勤途中のおケガですか？ (労災・通勤災害) はい ・ いいえ

⑫小学生以下のお子様は体重を教えてください。 _____ Kg

⑬介護認定を受けていますか？ 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ・ いいえ

⑭マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ 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) 加算1 6点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

--	--	--	--	--

かとう整形外科医院

記入した方のお名前