

診療問診票

せき整形外科クリニック

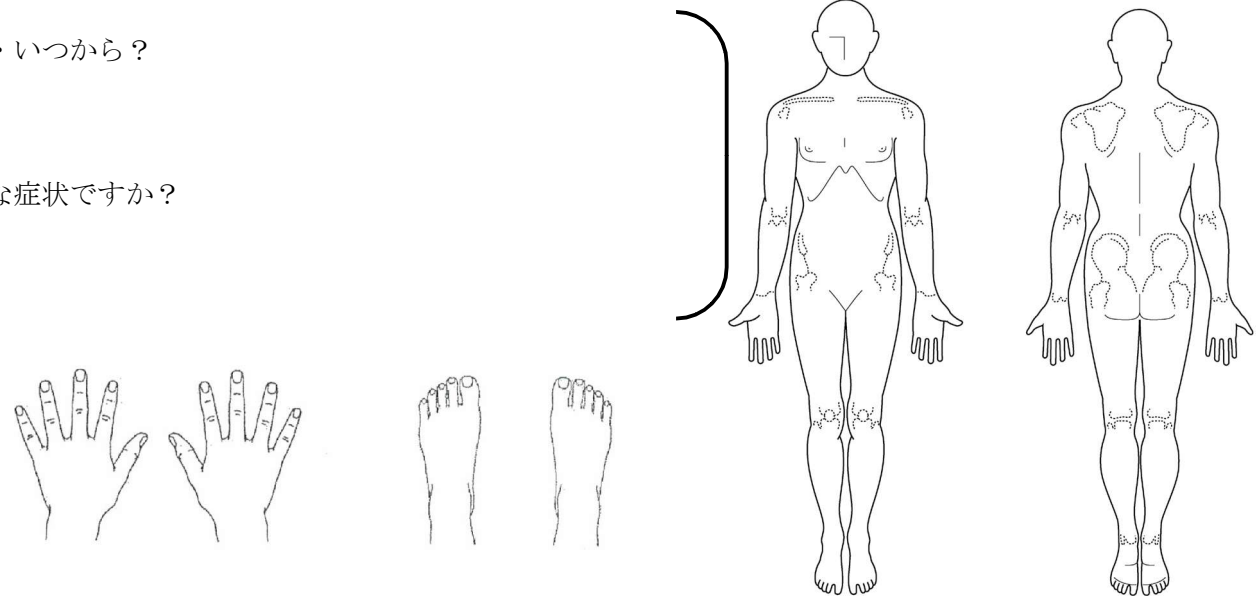
フリガナ	生年月日 T・S・H	年	月	日
連絡の取れる携帯・電話番号				
氏名				
〒				
住所				

- ★マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ
- ★他の医療機関からの紹介所を持っていますか？ はい いいえ
- ★お薬手帳をお持ちの方は診察の際に提出ください あり なし(紛失)

1、本日受診した症状と経過・部位(図)についてご記入ください
 ※【交通事故・労災・学校での怪我】の場合は○をしてください。※

原因・いつから？

どんな症状ですか？



2、現在他院で治療されている方は下記を記載ください

医療機関名：	受診日	治療内容
--------	-----	------

3、現在処方されている薬はありますか？ (ない ・ ある)

4、過去・現在でかかっている病気はありますか？
 ない・糖尿病・高血圧・関節リウマチ・痛風・がん・その他 ()

5、大きな病気・けが・手術をしたことはありますか？
 ない ・ ある ()

6、薬・食品等でのアレルギーはありますか？
 ない ・ ある (原因となったもの)

7、この1年間で健診を受けていますか？ (ない ・ ある)

8、女性の方へ現在、妊娠・授乳中ですか？ (ない ・ ある)

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お願いいたします。
 医療情報取得加算加算 ☆マイナ保険証利用 1点 ☆通常の保険証利用 3点