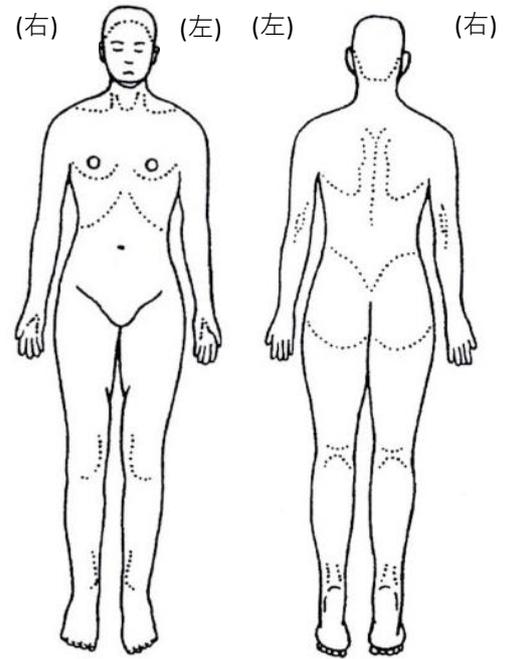


診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	住所	
氏名	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生まれ		TEL(自宅)	
			TEL(携帯)	
			※ お電話する時があります。着信できるようにしてください。	
			職業	

- (1)本日はどうされましたか？右下の図で症状がある場所に○をつけてください (前) (後)
- (2)現在の症状に☒をいれてください。
痛い しびれる おもい つっぱる はれている
動きが悪い その他 ()
- (3)それはいつ頃から、始まりましたか？
 年 月 日 または くらい前から
- (4)原因で思い当たることがありますか？
 なし
 あり ()
 工作中・通勤中 (労災申請のご予定 あり ・ なし)
 交通事故 (診断書の発行希望 あり ・ なし)
- (5)今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？
 いいえ
 はい () 病院 ・ クリニック ・ 整骨院
 治療内容 : 処方 注射 リハビリ 手術 その他 ()
- (6)現在治療中の病気がありますか？
 いいえ
 はい 高血圧 糖尿病 腎臓病 透 析 肝炎(B・C)
喘 息 心臓病 脳梗塞 消化器の病気 その他 ()
- (7)過去に大きなけが・病気・手術を受けた事がありますか？
 いいえ
 はい (いつ頃： 内容等：)
- (8)現在、内服中の薬がありますか。(お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒に提出ください)
 いいえ
 はい (薬名)
- (9)今まで、薬や注射、点滴等で気分が悪くなったり体にポツポツが出たことはありますか？
 いいえ
 はい (薬名： 症状：)
- (10)女性の方のみお答えください。現在、妊娠中、妊娠している可能性、または授乳中ですか？
 いいえ
 はい 妊娠中 (週) 妊娠の可能性ある 授乳中
- (11)マイナンバーカード保険証による診療情報取得に同意いただけますか？
 はい いいえ (持っていない)



※ 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 (利用無)
 ・加算2 2点 (利用有)
 (再診時)
 ・加算3 2点 (利用無)