

<痛みの問診票>

ふりがな	性別	男・女	年齢	歳
氏名	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日 生
住所	〒			
Tel(自宅)		Tel(携帯)		
体温	℃	身長	cm	体重
				kg

1. 本日の受診の理由をお聞かせください。

痛みの治療

その他の症状 (_____)

症状があるところを右図に○で記して下さい。

2. 生活にどのような支障がありますか。

(_____)

3. 症状はいつからありますか？

(_____ 年 _____ 月 _____ 日から、 _____ 日前から、
_____ 週前から、 _____ 月前から、 _____ 年前から)

4. その時何か原因がありましたか。

はい (原因: _____) ・ いいえ

5. その症状をどこかで診てもらいましたか。

はい (医療機関: _____) ・ いいえ

6. アレルギーはありますか？

はい (内容: _____) ・ いいえ

7. 治療中の病気はありますか？

はい (内容: _____) ・ いいえ

内服中の薬 (_____)

* お薬手帳やマイナ保険証で確認できれば省略可能です。

8. 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？

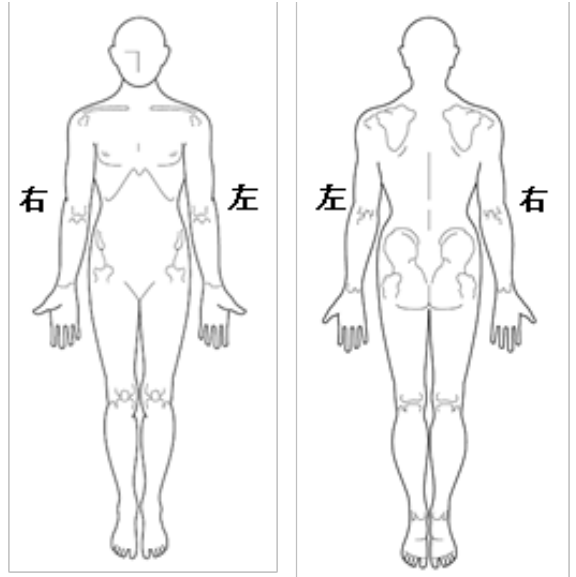
はい (内容: _____) ・ いいえ

9. 現在 妊娠、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

10. マイナ保険証による診療情報の取得に同意されましたか？

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・システム基盤体制充実加算

加算1 初診時：6点

加算2 初診時：2点 (マイナ保険証を利用した場合)

加算3 再診時：2点 (マイナ保険証を利用しない場合)