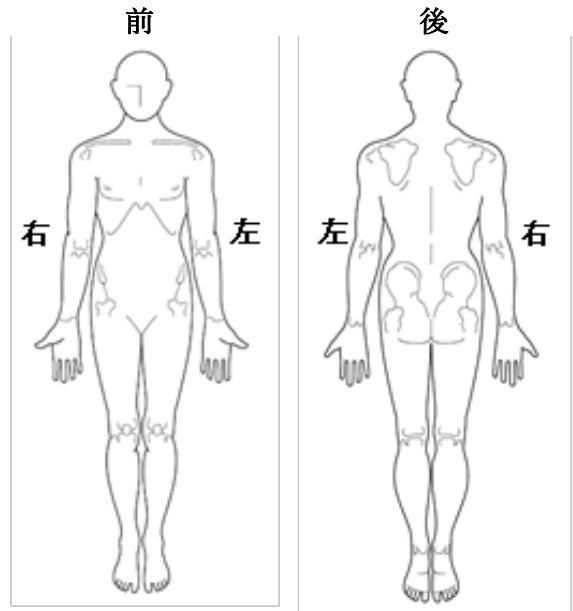


<痛みの問診票>

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)			
	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：4点 加算2 初診時：2点 (マイナ保険証を利用した場合)