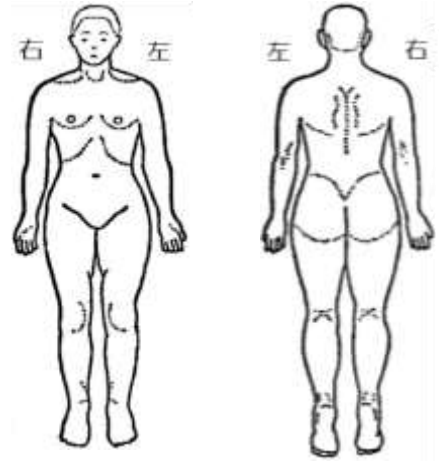


ふりがな		性別	年齢	身長	体重
氏名		男 ・ 女	歳	cm	kg

交通事故ですか？	はい ・ いいえ	工作中・通勤中のケガですか？	はい ・ いいえ
----------	----------	----------------	----------

1	過去14日以内に、37.5℃以上の発熱、または、コロナウイルス陽性になった人と接触しましたか？	はい ・ いいえ
2	マイナ保険証による診療情報取得に同意していますか？	はい ・ いいえ
3	他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？	はい ・ いいえ
4	いつから、どのような症状ですか？	

いつから	月 日 ・ 1週間前 ・ 1カ月前 ・ 他()
どこが	右の絵に○をつけてください
症状	痛み ・ はれ ・ しびれ ・ 他()
原因	転倒 ・ 使いすぎ ・ 不明 ・ 他()



5	この1年間で健診（特定健診または高齢者健診）を受診しましたか？	はい ・ いいえ
6	介護認定を受けていますか？	はい ・ いいえ ・ 不明
7	今後、当院からのお知らせ（検査・診察・ワクチン情報等）をショートメールやハガキで送ってもよろしいでしょうか？	はい ・ いいえ
8	ケガで来院された方へ 傷害保険・共済保険等を使用する予定はありますか？	はい ・ いいえ ・ 不明
9	現在、お仕事を休まれていますか？	はい ・ いいえ

※お仕事を休まれている、あるいは今後休まれた場合は、早急に医師にお伝えください。
休職に関する書類を希望される場合、事前の相談がないと作成できないことがあります。

10	女性の方へ	妊娠していない ・ 妊娠中（ 週目） ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中
----	-------	-------------------------------------

※以下は変更・追加がある場合、記入してください

11	現在、治療中の病気はありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合→【高血圧・糖尿病・心臓病・脳疾患・腎臓病・喘息・その他()】		
12	現在、飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい）	はい ・ いいえ
はいの場合→ 薬剤名 ()		
13	今までに病気やケガで入院・手術されたことがありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合→ 病名 ()		
14	薬や食べ物でアレルギーはありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合→ 名前 () 症状 ()		

ご確認ください

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。

医療情報取得加算（再診）（再診時 3ヶ月に1回）