

## 問診票

お名前 \_\_\_\_\_

体温： \_\_\_\_\_

他院からの紹介状 有 無 画像データ 有 無 健診または検査結果の持参 有 無

1年以内の健康診断の有無 有 無 ※マイナ保険証による診療情報取得の同意 可 否

今日はどうされましたか？

**【整形・皮膚症状】**

痛み しびれ 傷がある 腫れ 赤み かゆみ ほてり 水ぶくれ

**【内科症状】**

発熱 喉が痛い 鼻水/鼻づまり 咳 体がだるい 痰  
めまい 胸が痛い/胸の圧迫感 動悸 息切れ 体のむくみ  
腹痛 お腹が張る 下痢 便秘 吐き気/嘔吐 血便 食欲がない

**【その他】**

( \_\_\_\_\_ )

思い当たる原因について

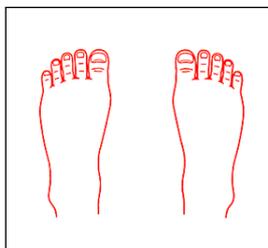
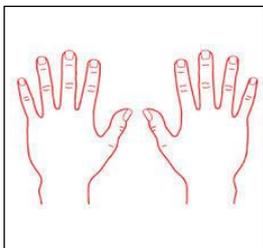
外傷（転倒・だぼく・ねんざ） 交通事故 仕事中（出勤・退勤途中）  
原因なし その他（ \_\_\_\_\_ ）

いつから症状がありますか？

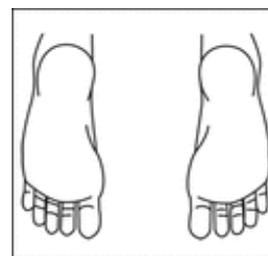
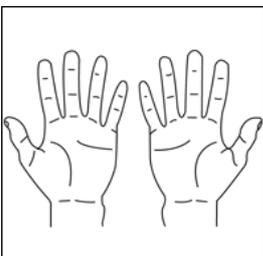
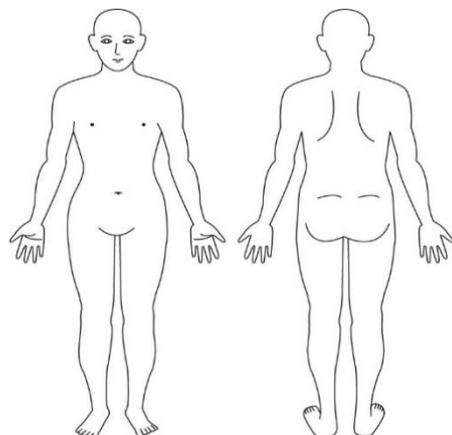
月 日

希望される検査・治療はありますか？

紹介状 診断書 レントゲン エコー 血液検査  
血管年齢 体組成計 プラセンタ注射 自費注射  
骨密度検査（65歳以上の方、40歳以上の女性は保険適応です）  
リハビリ（理学療法士による専門的な個別性に合わせた訓練）  
物理療法（疼痛緩和・血流改善のための医療機器を用いた治療）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）



右



裏面もあります→

《以下は3ヶ月以内に当院を受診したことがある方は記入不要です》

ご職業	(職種： ) 学生 主婦 パート・アルバイト 無職			
治療中の病気	( )			
喫煙の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (喫煙歴： 年、1日の本数： 本/日)			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	授乳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 具体的に： )			
内服中の薬	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※お薬手帳をご準備下さい			
アレルギー有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )			
運動習慣	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (具体的に： ) 運動歴 ( )年 運動頻度：( )			
飲酒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ビール・日本酒・ワイン・その他： 、 ml/日)			
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 要介護 ( )または 要支援 ( )			

来院のきっかけ：武蔵境病院 ホームページ 紹介 近所 その他 ( )

※待合室で看護師が症状の詳細を問診させていただきます。ご了承下さい。

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。

◆医療情報取得加算 1点