

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（ ）

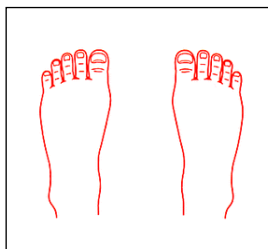
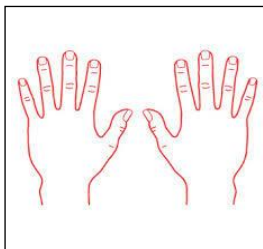
いつから症状がありますか？

月 日

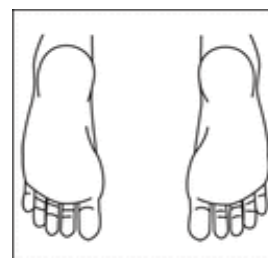
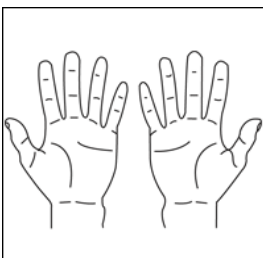
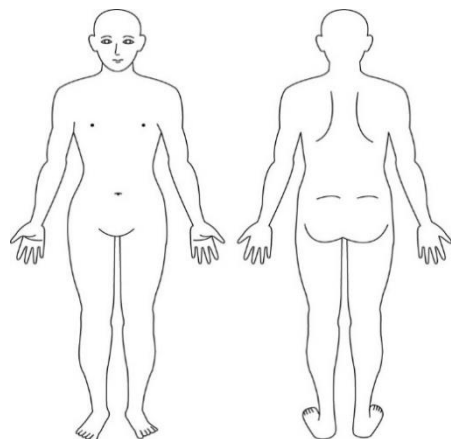
希望される検査・治療はありますか？

☐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）
☐マッサージ（柔道整復師による） ☐その他（ ）

左



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	☐ 有 ☐ 無 (喫煙歴： 年、1日の本数： 本/日)			
妊娠の有無	☐ 有 ☐ 無	授乳の有無	☐ 有 ☐ 無	
既往歴	☐ 有 ☐ 無 (有の場合 具体的に：)			
内服中の薬	☐ 有 ☐ 無 ※お薬手帳をご準備下さい			
アレルギー有無	☐ 有 ☐ 無 ()			
運動習慣	☐ していない ☐ している (具体的に：) 運動歴 () 年 運動頻度： ()			
飲酒	☐ 有 ☐ 無 (ビール・日本酒・ワイン・その他： 、 ml/日)			
介護認定	☐ 有 ☐ 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