

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 頭痛

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

(_____)

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？

レントゲン検査 エコー 血管年齢 体組成計 自費注射 認知機能検査

骨密度検査（40歳以上の女性、70歳以上の男性は保険適応です）

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）

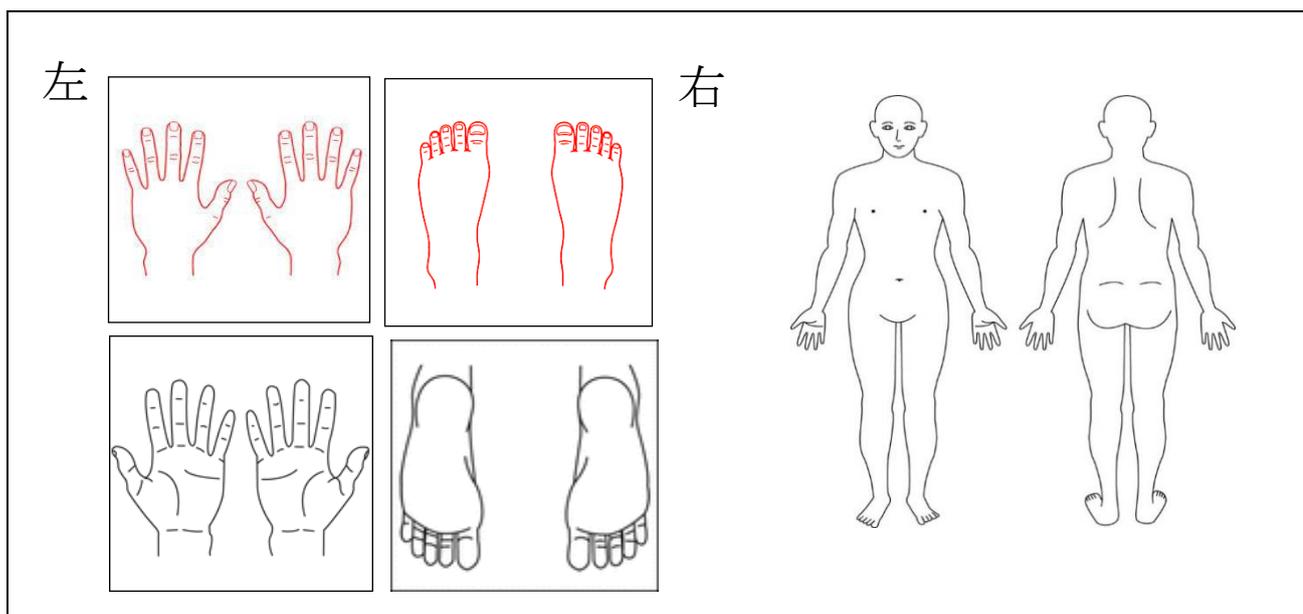
物理療法（疼痛緩和・血流改善のための医療機器を用いた治療）

マッサージ（柔道整復師） その他 (_____)

《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： _____)			
骨折歴・手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 いつごろ： _____ 部位 術式： _____			
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 (_____)			

裏面もあります→



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

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。