

ふりがな		男・女	身長	cm	体重	kg
お名前			ご職業・学校名			
生年月日	S・H・R	年	月	日	(歳)	電話番号
住所	〒					

1. いつ頃から症状がありますか？ ()
2. どのような症状がありますか？ → 症状のある場所に○をしてください

痛み・しびれ・違和感・動きが悪い・変形

その他 ()

3. 原因はありますか？

転倒・ぶつけた・交通事故・原因不明

その他 ()

4. 同じ症状で他院を受診しましたか？

いいえ ・ はい → 医療機関名 ()

※紹介状 有・無 ※画像 CD-R・フィルム 有・無

5. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい ()

6. 現在使用している内服薬・注射薬・外用薬を教えてください

薬の名前 () 無い

※お薬の名前が分かるもの（お薬手帳、お薬説明書など）をお持ちの方は、受付にご提示ください

7. 過去にかかった大きな病気はありますか？あれば○、無ければ×をそれぞれ記載して下さい

心臓病 () 糖尿病 () 気管支喘息 () 脳血管疾患 () その他 ()

8. アレルギー（症状）の有無を確認します。あれば○、無ければ×をそれぞれ記載して下さい

薬 () 食物 () 花粉 () 金属 () 造影剤 () その他 ()

○の原因を具体的に教えてください []

9. ペースメーカーが埋め込まれていますか？ いいえ ・ はい

10. 女性の方へ 現在妊娠されていますか？ いいえ ・ はい (出産予定日 年 月 日)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

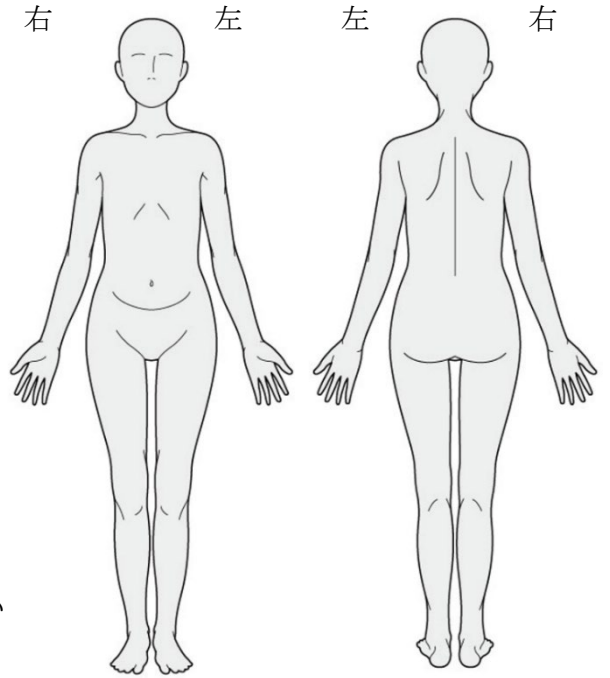
11. スポーツ歴を教えてください 例：野球 高1 県ベスト8

()

12. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

13. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

受けた時期 () 指摘事項 ()



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。