

受付番号

# 問 診 票

希望医師

受付：令和 年 月 日 ( 時 分)

- 当病院では患者様の取り違い防止等の為、お呼びする際にはご氏名を使用させて頂きます。ご氏名でのお呼び出しに支障がある方は、お申し出下さい。
- 病状把握の為、外傷時の経過を詳細に確認させて頂く事があります。体調が優れない方はお申し出下さい。
- 診察、処置内容によって、順番の前後やお待たせする場合があります。
- 救急当番時は「けが(災害)」に対する応急処置を行っております。けが(災害)の患者様を優先させて頂きますので、慢性疾患等で診察を希望される方は、長時間お待たせする場合があります。
- 当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力下さい。
- 上記注意事項、また当院がマイナ保険証を利用する医療機関である事、マイナ保険証による診療情報取得に同意し、診察を希望する場合は下記に氏名等の記入をお願いします。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 大 昭  
生年月日 平 令 年 月 日 オ (男・女)

保護者氏名(患者様が未成年の場合) \_\_\_\_\_ (続柄)

☞ 当院では新型コロナ感染対策を行っております。下記をご記入下さい。  
 【はい】が1つでもあると当院では診察できない場合があります。  
 他の患者様やご家族、職員の感染予防の為、ご理解・ご協力をお願いします。

- 風邪の症状がある (はい・いいえ)  味覚や嗅覚に異常がある (はい・いいえ)
- 1ヶ月以内にコロナ感染または疑い、濃厚接触者になりましたか (はい・いいえ) いつ頃ですか( / )
- 現在、施設に入所中の場合、施設内でクラスターは発生していますか (はい・いいえ)

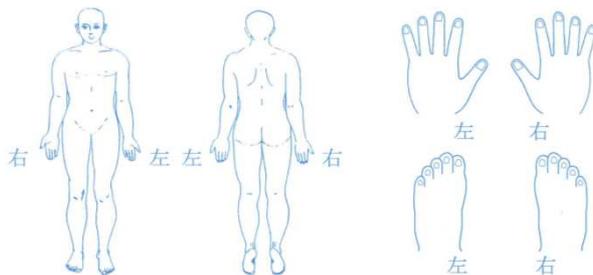
★ 上記が全て【いいえ】の方は、下記の設問をご記入の上、受付にご提出下さい。

\* 身長( . cm) 体重( . kg)

\* どの具合が悪いですか?  
(右の図に○印をつけて下さい)

\* いつ頃からですか?

- ① \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ② \_\_\_\_日前位
- ③ 不明



\* きっかけはありましたか?

- ① 特にない ② 転んだ ③ 交通事故 ④ スポーツで (種目: )
- ⑤ その他、具体的に( )

\* どんな症状ですか?

- ① 痛い ② しびれる ③ 腫れている ④ 力が入らない ⑤ つっぱる ⑥ 音がる
- ⑦ 動きが悪い ⑧ その他、具体的に( )

\* 今回の事で、他の病院や整骨院の治療を受けましたか? (はい・いいえ)

「はい」とお答えの方は、医療機関名をお書き下さい。( )

\* 今まで、けが・病気・手術等で入院した事がありますか? (ある・ない)

「ある」とお答えの方は、その内容をお書き下さい。( )  
内容 ( )

\* 現在、治療中の病気はありますか? (ある・ない)

( 心臓病、糖尿病、血圧症、喘息、胃潰瘍、腎臓病、その他( ) )

\* 現在、飲んでいるお薬はありますか? (ある・ない)

「ある」とお答えの方は、お薬手帳を出してお待ち下さい。お薬手帳をご持参でない方は、お薬名をお書き下さい。薬剤名 ( )

\* アレルギーはありますか? (お薬・飲食物・金属・その他) (ある・ない)

「ある」とお答えの方は、具体的にお書き下さい。( )

\* 女性の方へお聞きします。妊娠又は妊娠の可能性はありますか? (ある ヶ月・ない)  
現在、授乳をしていますか。(している・していない)