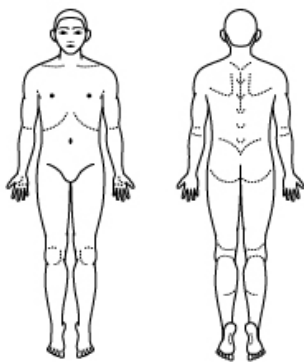


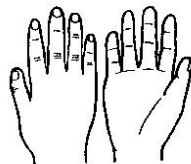
診察前のご質問

記入年月日	令和	年	月	日	ID							
フリガナ お名前					男	女	大・昭・平・令	年	月	日生	満	才
ご住所	〒											
電話番号	携帯番号											
身長：	cm		体重：	kg		職業						
介護保険サービスを利用していますか？						はい			いいえ			
マイナンバーカードを持参していますか？						はい			いいえ			

1 診察してほしい部位に○を付けて下さい。



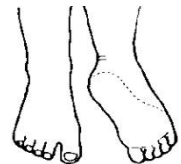
右手



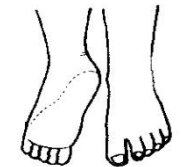
左手



右足



左足



- 2 どのような症状ですか？ （腫れている 痛い 出血 しびれ 動かせない 切れている その他）
- 3 症状の原因はありますか？ はい（交通事故 就業中（通勤途中含む） その他） いいえ
- 4 症状はいつからですか？ 月 日
- 5 今までに大きな病気をした事がありますか？ はい（ ） いいえ
- 6 この1年間で特定健診を受診しましたか？ はい（ ） いいえ
- 7 お薬や注射、食品のアレルギーはありますか？ はい（ ） いいえ
- 8 現在使用中のお薬はありますか？ はい※お薬手帳をご用意の上 いいえ

診察室でご提出ください

- 9 妊娠中又はその可能性がありますか？ はい いいえ
- 10 現在ペースメーカーのご使用はありますか？ あり なし

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。