

問 診 票

年 月 日

ふりがな		男	生年	大正・昭和・平成・令和		
お名前		・	月日	年	月	日(歳)
		女	身長	cm	体重	kg
ご住所	〒			・携帯電話(- -) ・自宅電話(- -) ・緊急連絡(- -)		
お名前呼び出し	☐ 可 ☐ 不可	マイナ保険証による診療情報取得		☐ 同意する ☐ 同意しない		
紹介状	☐ 無 ☐ 有	画像データ	☐ 無 ☐ 有	薬手帳	☐ 無 ☐ 有	
お仕事	☐ 事務 ☐ 営業 ☐ 農業 ☐ 建築・土木 ☐ 学生 ☐ 無職 ☐ その他()					
たばこ	☐ 無 ☐ 有(1日 本)	アルコール	☐ 無 ☐ 有(1日 mL)	妊娠・授乳	☐ 無 ☐ 有	
既往歴	☐ 無 ☐ 現在通院中の医療機関名() 受診日(月) ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 胃潰瘍 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 喘息 ☐ 婦人科 ☐ 心臓病 ☐ ペースメーカー ☐ 脳梗塞・脳出血 ☐ その他()					
手術歴	☐ 無 ☐ 有()					
内服薬	☐ 無 ☐ 有() * マイナ保険証で情報取得に同意された方は直近1ヶ月以内のお薬のみ記載					
アレルギー	☐ 無 ☐ 薬・食品() ☐ 金属 ☐ 造影剤 ☐ アルコール消毒綿 ☐ その他()					
介護保険利用状況(65歳以上の方)	☐ 申請なし ☐ 申請中 ☐ 要支援() ☐ 要介護()					
1年以内の特定健診または高齢者健診歴	☐ 無 ☐ 有(年 月)(指摘事項:)					

■どのような症状ですか？

■症状の部位に○印をつけてください。

☐痛い ☐しびれる ☐違和感
☐歩行困難 ☐その他()

■それは、いつからですか？

()から

■思い当たる原因はありますか？

☐特になし ☐転倒 ☐スポーツ ☐労災 ☐交通事故
☐その他()

■今回の症状で医療機関を受診・治療していますか？

☐いいえ ☐はい(医療機関名:)
↳ ☐投薬 ☐注射 ☐リハビリ ☐その他

■当院受診のきっかけは何ですか？

☐ご家族・知人の紹介 ☐医療機関の紹介()
☐新聞・雑誌 ☐ホームページ ☐検索サイト() ☐その他()

■本日の来院方法は何ですか？

☐徒歩 ☐地下鉄 ☐JR ☐バス ☐タクシー ☐自家用車 ☐自転車・バイク ☐その他()

ご記入ありがとうございました。

さっぽろ脊椎外科クリニック

○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おります。

○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・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 6点(マイナ保険証なし) 加算2 2点(マイナ保険証利用)
(再診時)加算3 2点(マイナ保健証なし)

