

問 診 票

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年	大正・昭和・平成・令和		
お名前			月日	年	月	日(歳)
			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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	マイナ保険証による診療情報取得		<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		
紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
お仕事	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()					
たばこ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 本)	アルコール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 mL)	妊娠・授乳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在通院中の医療機関名() 受診日(月) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> その他()					
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()					
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薬・食品() <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> アルコール消毒綿 <input type="checkbox"/> その他()					
介護保険利用状況(65歳以上の方)	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()					
1年以内の特定健診または高齢者健診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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

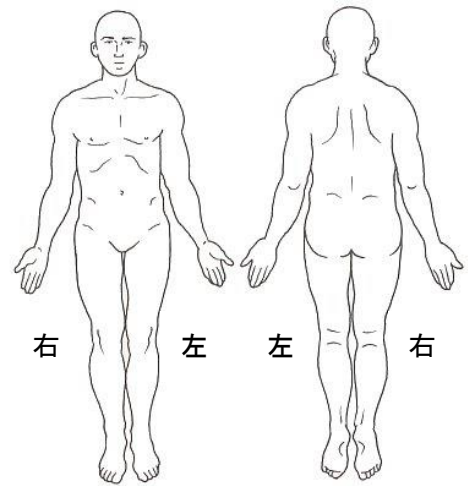
■当院受診のきっかけは何ですか？

- 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。