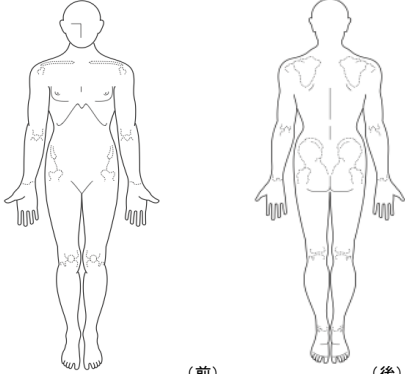


フリガナ		男・女	生年月日：年 月 日（ 歳）	
お名前			胃弱いほうですか？ はい いいえ 職業：	
住所	〒		アレルギー（食事・薬物）：有（ ）・無	
電話優先 1			電話優先2	

●現在の症状について教えてください。

具合の悪いところに○を付けて下さい



(前) (後)

- 皮膚かぶれ等の確認です。
湿布負け 有 ・ 無 / 軟膏負け 有 ・ 無
- 「骨粗しょう症」に関心がありますか？
☐ はい ☐ いいえ
- 女性の方のみお答え下さい
妊娠中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明
授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ
- 来院のきっかけを教えてください
☐ 紹介（ ） ☐ 近所だから
☐ 看板（ ） ☐ 当院ホームページ
☐ その他（ ）

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。

◆医療DX推進体制整備加算(初診時)加算1 12点 加算2 11点 加算3 10点 加算4 10点 加算5 9点 加算6 8点

ご協力ありがとうございました。ご提供いただきました個人情報は、診療の目的のみ利用させていただきます

① 今の症状はいつから・どこで・何をしておきましたか？

● 今までにかかった病気や治療についてあれば教えてください。

(例: 高血圧・狭心症・心筋梗塞・糖尿病・胃十二指腸潰瘍・喘息・腎臓病)

② 今の症状が出た後にどこで・何かの治療を受けましたか？

- ☐ 受けていない
☐ 受けた

・いつどこで

☐ いいえ

- 今までに何か手術を受けたことがありますか？
(具体的に何歳時・手術名・病院名の記入をお願いします)

※ペースメーカー手術：有 ・ 無

- 介護保険の認定を受けている方のみお答えください。
下記のあてはまる項目に○をつけて下さい。

要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

- この1年の間に特定健診又は高齢者健診を受けましたか。
☐ はい ☐ いいえ

身長	体重	抜歯(麻酔)歴: 有 無
喫煙歴: 有 過去に有り (本/日・ 年)		無