

再診時間診票

大・昭

ふりがな _____ ID _____ 生年月日 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男・女 _____ 自宅電話番号(_____) _____

住所 _____ 携帯電話番号 _____

(差支えない範囲で)

職業、学校・幼稚園・保育園名 _____ 現在続けているスポーツ _____

本日はどうなさいましたか

1. 具合の悪いところはどこですか？右の図に印をつけてください。

2. いつ頃から症状がありますか？

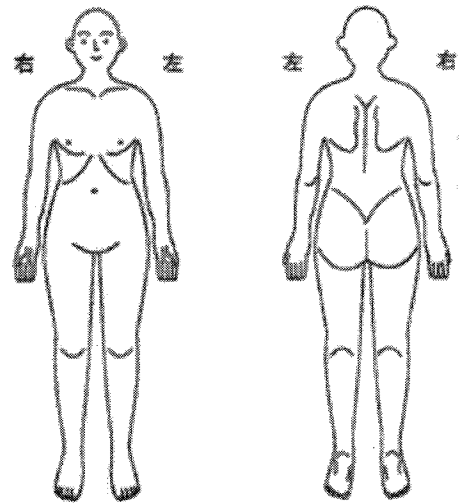
3. 原因はわかりますか？（○をつけてください・複数可）

原因不明 外傷（ひねった ・ ぶつけた ・ その他）

交通事故 労災 学校

その他 _____

4. どのような症状ですか？



5. 前回受診時より新たに治療中の病気はありますか？ → はい ・ いいえ

6. 現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ・ なし → お薬手帳をお持ちですか？ ある ・ なし

7. 皮膚はかぶれやすいですか？ はい ・ いいえ → 湿布は使用できますか？ はい ・ いいえ

8. 女性の方へ

①妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？（ はい ・ いいえ ）

②現在授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

9. 65歳以上の方に伺います。

介護保険の認定を受けていますか？（ はい ・ いいえ ）

→ はい の方に伺います。通所リハビリテーションに通われていますか？（ はい ・ いいえ ）

当院は診療情報取得・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お願いいたします。