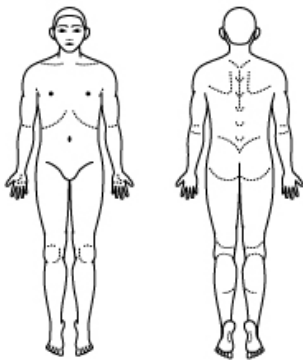


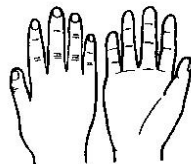
# 診察前のご質問

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の持参の有無	あり		なし				

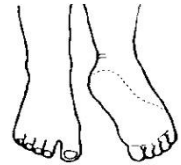
1 診察してほしい部位に○を付けて下さい。



右手



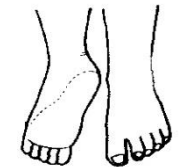
右足



左手



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 労災 (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 何かお薬を飲んでいますか？ 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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1：4点 加算2：2点 (マイナ保険証を利用した場合)