

フリガナ			職業 <学年>	
氏名			勤務先	〒 -
生年月日	大昭 平令	年 月 日生(才)	(学校名 部活)	
郵便番号	〒 -		ペースメーカー	あり・なし
住所			体内に金属	あり()・なし
			他院での理学療法	受けている・受けていない
			介護認定	あり・なし
自宅	() -		利用介護施設名	
携帯	-	-	身体障害者手帳	あり・なし
緊急連絡先(家族)	-	-	() 喘息	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。

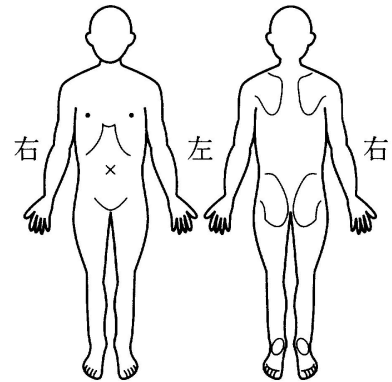
マイナ保険証による診療情報の取得に同意をお願いいたします。 同意する

- 1.どこがですか？
- | | |
|-------|---|
| 左・両・右 | 頭・首・胸・背・腰・肩・肘・手首・手・指
股・太もも・膝・ふくらはぎ・くるぶし・かかと・足
肩こり・乳児股関節脱臼・その他 |
| | |

2.該当するものに○をつけて下さい。

- ・痛み
- ・しびれ
- ・腫れ
- ・つれ
- ・出血
- ・その他()

3.患部に○をつけて下さい。



4.どのような時がつらいですか？

()

5.思い当たる原因はありますか？

なし・ある()

6.いつからですか？

平成・令和 年 月 日頃から

7.現在、他の病院で治療(内科等も含む)を受けていますか？

(病医院名:)

- | |
|--|
| 胃炎・胃十二指腸潰瘍・高血圧・狭心症・不整脈・心不全・糖尿病
脳出血・脳梗塞・慢性肝炎・肝硬変・慢性気管支炎・ 喘息 ・緑内障
高脂血症・痛風・その他 |
|--|

8.現在、お薬を飲んでいますか？

いない・いる(ワーファリン)

9.薬・注射等でアレルギー・じんましんなどの副作用がでたことがありますか？

なし・ある(薬剤名・症状等:)

10.シップを貼ってかぶれますか？

すぐかぶれる・かぶれやすい・かぶれない・貼ったことがない

11.今までに大きな病気・手術をしたことがありますか？

ない・ある(いつ: 病名: 病院名:)

12.現在妊娠している可能性はありますか？

なし・ある(最終月経開始日 月 日 妊娠第 週)

13.現在授乳中ですか？

いいえ・はい

14.受診の方が乳幼児の場合にはこちらにご記入下さい。

*普通分娩でしたか？ はい・いいえ() *出生時体重()

- 15.ご希望があれば、○をつけて下さい。 16.その他
- | | |
|----------------------------------|---------|
| レントゲン 採血 注射 リハビリ
内服薬 外用薬(湿布等) | () () |
|----------------------------------|---------|