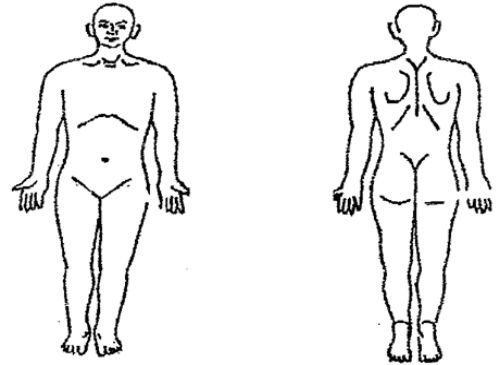


(フリガナ) 性別(男・女) 年齢
氏名 生年月日 T S H R 年 月 日

職業: デスクワーク・営業・立ち仕事・重労働・運転業務・学生・その他()
〒

住所: 電話: - -

- 1. 本日マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか (はい・いいえ)
- 2. どこが具合悪いですか。痛い所・しびれ・はれている所に印をつけてください。
(痛いところには × しびれる所には △ はれている所には □)
・具体的な症状をお書きください



- 3. いつ頃からですか
(今日・昨日・ 日前・ 週前・ ヶ月前・ 年前・ かなり以前より)
- 4. 原因はありますか (はい・いいえ)
・具体的にお書きください()
・スポーツの場合: 種目() 所属()
・仕事の場合(労災にする・しない・わからない)
- 5. 同様の症状で他医を受診していますか (なし・通院中[紹介状あり・紹介状なし]・通院歴あり)
- 6. 薬・食べ物アレルギーや薬・麻酔の注射による副反応が出たことはありますか (ある・なし)
あると答えた方: 薬品名() 食べ物()
- 7. 今まで大きい病気や手術をしたことがありますか (ある・なし)
あると答えた方 → ()
- 8. 体内に金属類が留置されていますか (ある・なし)
あると答えた方 → (ペースメーカー・人工関節・人工弁・クリップ類・歯科インプラント・その他)
- 9. 現在治療中の病気がありますか (いいえ・はい: 医療機関名)
高血圧・高脂血症・糖尿病・気管支喘息・骨粗鬆症・心疾患・肝疾患・腎疾患・脳卒中・緑内障
前立腺肥大・心療内科・虫歯・歯周病・その他(病名:)
- 10. 現在、処方されている薬はありますか (はい・いいえ・お薬手帳を持参している)
血液がサラサラになる薬・痛み止め・睡眠薬・漢方・その他()
- 11. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか (はい・いいえ)
- 12. 妊娠中ですか (はい< ヶ月>・いいえ) ・授乳中ですか (はい・いいえ)

* 以下の検査を希望される方は チェックをしてください(保険適応)

- 骨粗しょう症(骨密度測定) (保険証/1割負担の方:140円 3割負担の方:420円)
- 動脈硬化(血管年齢測定) (保険証/1割負担の方:100円 3割負担の方:300円)