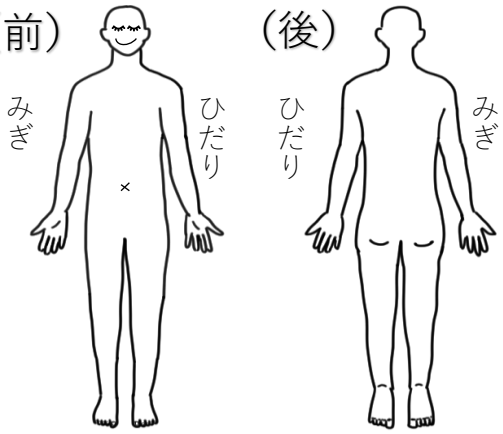
体温　　℃
ＩＤ

問 診 票

年　　月　　日

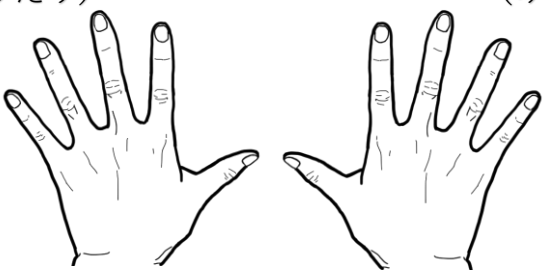
ふりがな		性別	生　年　月　日
お名前		男・女	Ｔ・Ｓ Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日
住所	〒		
電話番号	自宅（　　-　　-　　）　携帯（　　-　　-　　）		
職業 ※できるだけ詳しく ご記入ください	□ 会社員（職種　　）　□ 学生（学年　　） □ その他（　　）		
スポーツ歴		身長　　ｃｍ　／　体重　　ｋｇ	

（前）　（後）



※特に気になる部位に○をご記入ください

（ひだり）　（みぎ）



★1番気になる箇所

医師の指定は ありますか？ （複数医師在中時）	□ どちらでも　□　その他医師　□　院長
いつからですか？	□ 本日　　□ 昨日 年　　月　　日頃から
どうされましたか？	□ 痛み　□しびれ　□腫れている　□ 骨粗しょう症が心配　□美容注射目的 □ ＭＲＩなど検査希望　□もの忘れが多い　□ 眠れない　□ リハビリ希望 □ その他（　　）
考えられるきっかけは 何ですか？	□ 仕事中、通勤中のけが　□交通事故　□ スポーツ(　　) □ はっきりした原因不明　　□その他（　　）
今回の症状で 他の診療所・病院を 受診されましたか？	□ はい　　名称（　　） □ いいえ
交通事故の場合	事故発生時刻　　年　　月　　日　　時頃
自費診療ご希望の方	□ ワクチン接種　□ニンニク注射（ビタミン注射）　□　美白注射 □ しみ取り注射　□興味はあるが決めていない　□ その他

※裏面もあります

今までかかったことのある病気や現在治療中の病気はありますか？	◻ なし　◻ 高血圧　◻ 糖尿病　◻ 脳梗塞/脳出血 ◻　心臓病（狭心症・不整脈など） ◻ 腎臓病　◻ ぜんそく　◻ 胃潰瘍/胃炎 ◻　リウマチ ◻　緑内障　◻ 癌 ◻ 甲状腺/副甲状腺　◻ 高脂血症　◻ 痛風（高尿酸血症）◻　その他（　　）
血縁のご家族に上記の病気の方がおられますか？	◻ いない ◻ いる 病名（　　）
現在服用されているお薬はありますか？	◻ いいえ ◻ はい お薬の名前（　　）
薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？	◻ いいえ ◻ はい お薬名や食べ物名　（　　）
怪我や病気で手術を受けたことがありますか？	◻ いいえ ◻ はい　　病名 いつ頃　　どこの病院 病名 いつ頃　　どこの病院
女性の方へ	妊娠の可能性はありますか ◻ はい　◻いいえ
	現在授乳中ですか？ ◻ はい　◻いいえ
当院をどのようにして知りましたか？（複数回答可）	◻ 広報ひらかた　◻ 家族・友人・知人の紹介　◻インターネット検索 ◻ Googleマップ　◻ Instagram　◻ 通りがかり　◻ その他（　　）
ご自宅（職場）から当院までの主な交通手段を教えてください	◻ 徒歩　◻ 自転車　◻ 車　◻ 電車　◻ バス　◻ タクシー　◻ その他（　　）
今回の受診前後にひらら光善寺内の他店舗のご利用はありますか？	◻ いいえ ◻　はい　◻ スーパー　◻ その他（　　）
マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？	◻ はい ◻ いいえ 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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

ご協力ありがとうございました。
順番が来ましたらお呼びいたしますので、もうしばらくお待ちください。