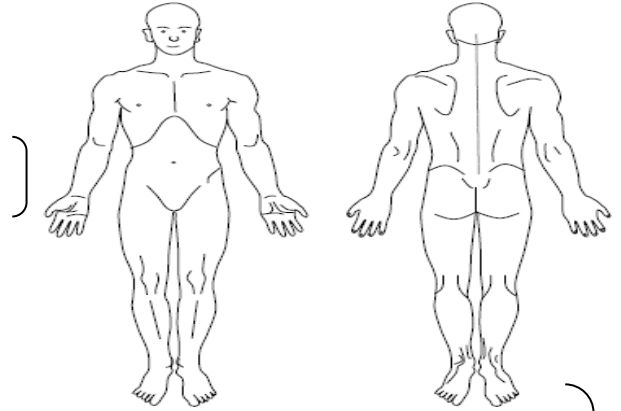


|      |            |      |  |    |    |    |    |
|------|------------|------|--|----|----|----|----|
| フリガナ |            | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  | 身長 | cm | 体重 | kg |
| 氏名   |            | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平<br><input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 | 年  | 月  | 日  | 歳  |
| 住所   | 〒 電話番号 ( ) |      |  |    |    |    |    |

- (1) 右図から症状のある部位に○をつけて下さい。  
 (2) どんな症状ですか。  
痛い, うずく, 重苦しい, 張る, だるい  
しびれる, 動かない, 腫れている, キズがある  
その他 ( )



- (3) いつ頃から具合悪いですか。  
 \_\_\_\_\_ から

- (4) 原因は何ですか。  
転倒 わからない ( )  
交通事故 その他  
労災  
学校(園)での負傷

◆リハビリを希望されますか。 希望する 必要なら希望する わからない 希望しない

- (5) 今までにかかった病気や手術はありますか。  
なし あり ( )

- (6) ①現在治療中の病気はありますか。  
なし あり ( 脳梗塞, 脳出血, 高血圧, 糖尿病, 心臓病, 逆流性食道炎, 前立腺肥大  
胃潰瘍/十二指腸潰瘍, 高脂血症, 腎臓病, 肝臓病, 婦人科系, 認知症  
骨粗鬆症, 心療内科系, 甲状腺系, 痛風, 眼科系, 便秘, 喘息  
その他: )

- ②服用中のお薬はありますか。 マイナ保険証で診療情報取得に同意しない方で、お薬手帳等をご持参の方は受付までお持ち下さい。  
なし あり ( 薬剤名: )

- (7) アレルギーはありますか。  
なし あり ( 花粉症 薬品: 食品: )

- (8) ①40歳以上の方にお聞きします。介護認定を受けていますか。  
受けていない 申請中 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)

- ②介護認定を受けている方にお聞きします。介護サービスを利用していますか。  
通所 訪問 施設入所中 (施設名: ) その他 利用してない

- (9) 女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか。 いいえ 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中

- (10) マイナ保険証の方へ 当院の診療情報取得に同意されますか。 同意する 同意しない

- (11) 過去1年間に特定健診または高齢者健診を受診しましたか。 受診した 受診してない 不明

※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。