

問 診 票

記入日： 年 月 日

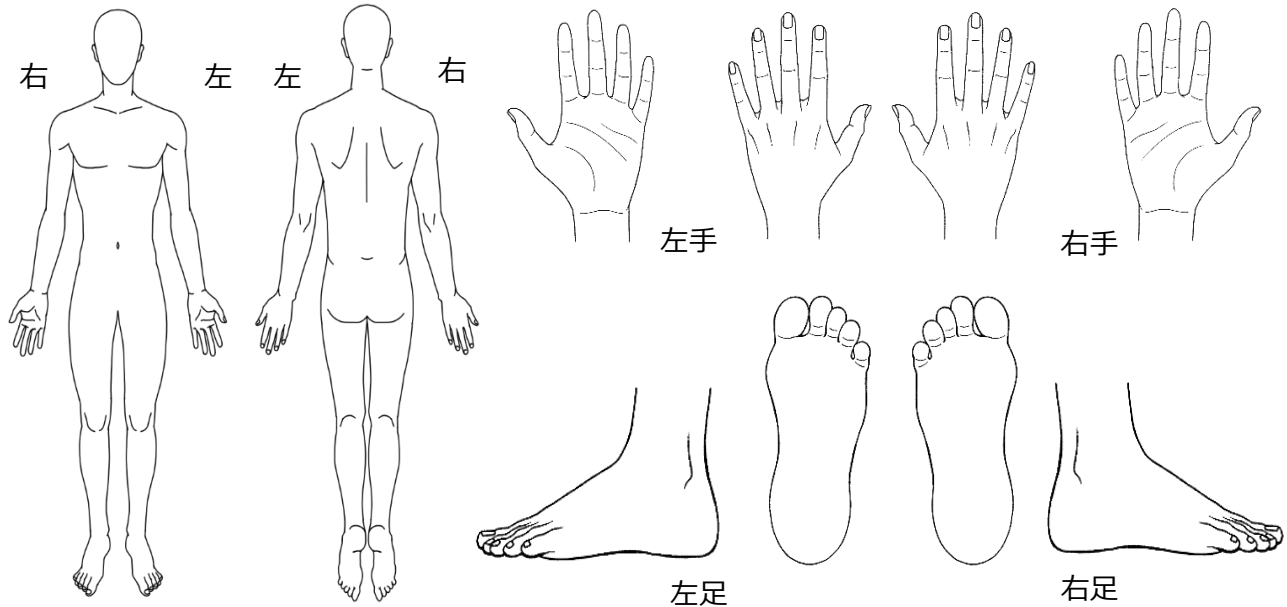
フリガナ			
氏 名	男・女		
身 長	cm	体 重	Kg

保 険 関 係	・交通事故による怪我ですか？	いいえ	はい	→ (裏面※1参照)
	・工作中・通勤途中の怪我(労災)ですか？	いいえ	はい	→ (裏面※2参照)
	・学校・部活動での怪我ですか？	いいえ	はい	→ (裏面※3参照)
	・介護認定受けていますか？	いいえ	申請中	はい (介護度：)

1 どのような症状ですか？

・痛い ・しびれる ・動きにくい ・腫れている ・つつぱる
 ・傷がある ・その他 ()

2 診察を希望する部位に○をつけてください。



3	症状はいつからですか？	・ 月 日から ・ ()週間前から ・ ()か月前から ・ ()年前から
4	思い当たる原因はありますか？	・ ない ・ 転んだ ・ ひねった ・ ぶつけた ・ 重いものを持った ・ スポーツ (種目： 、活動頻度：) ↓ 状況を詳しく記入してください。
5	今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？	いいえ はい (診断名： 治療：) * 紹介状をお持ちの方は受付にご提出ください。

裏面もあります。

6	今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか？	特になし はい → ・リウマチ ・骨粗鬆症 ・痛風 ・喘息 ・糖尿病 ・高血圧 ・腎臓病 ・脳梗塞 ・糖尿病 ・肝炎 ・胃潰瘍 ・パーキンソン病 ・心臓病（ペースメーカー：あり・なし） ・骨折（ 歳、 部位： ） ・その他（ ）
7	現在飲んでいる薬はありますか？	いいえ はい → （ ） *お薬手帳か薬の内容が分かるものを受付にご提出ください。
8	薬や食物のアレルギーはありますか？	いいえ あり 薬（ ） ・アルコール・イソジン液 食べ物（ ）
9	喫煙、飲酒についてお伺いします。	喫煙： 吸わない ・ 吸う（ 本/日× 年間） ・ 禁煙した 飲酒： 飲まない ・ 飲む（週 日） 種類・量（ ）
10	女性の方へ、妊娠あるいは妊娠の可能性、授乳についてお伺いします。	妊娠していない ・ 生理不順 ・ 閉経 はい → 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中（ か月 ） 授乳中
11	当院をどちらでお知りになりましたか？	・インターネット ・チラシ ・知人 ・看板 ・通りがかり ・電柱広告 ・その他（ ）

*ご記入ありがとうございました。

※1 交通事故による怪我の場合

→健康保険が使用できないことがあります。

①事故による怪我をされた方は、相手側の保険会社との連絡がとれるまで一時預かり金をお願いしております。

②自損事故、患者様側に過失がある方で健康保険を使用される方は、必ず加入先の健康保険組合へ連絡をお願いいたします。

(健康保険組合より、健康保険の使用許可が出れば健康保険を使用しての治療が可能です。)

※2 工作中・通勤途中の怪我（労災）の場合

健康保険給付は行われず、原則として労災保険の適用となります。

→労災保険適用の方は、手続きが終わるまでは一時預かり金をお願いしております。

健康保険を使用された場合には、原則として労災保険への変更は出来ません。

※3 学校・部活動での怪我の場合

学校で加入しているスポーツ振興センターの保険を利用しますか？

●利用しない →後日の変更は出来ません。

保護者様のご署名 氏名 _____ 続柄（ _____ ）

●利用する →医療費助成制度(こども医療)は使用できません。

健康保険窓口負担分(3割、または2割分)が一時立替払いとなります。

