

# 初診申込書

年 月 日

フリガナ		職業	
氏名	男・女	<学年>	
		勤務先 学校名	
生年月日	明 昭 令 大 平	年 月 日生 ( オ )	
郵便番号	〒 -	ペースメーカー	あり ・ なし
		体内に金属	あり ・ なし
住所		他院での理学療法	している ・ していない
		介護保険利用	あり ・ なし (利用施設名: )
T E L	( ) -	身体障害者手帳	あり ・ なし
携帯電話	( ) -	喘息	あり ・ なし

1. 診察希望部位 頭・首・胸・背・腰・肩・腕・肘・手首・手・指  
左・両・右 股・太もも・膝・ふくらはぎ・くるぶし・かかと・足  
肩こり・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 ( )

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？

受けていない 受けている (病院名: ) (病名: )

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: どこで: 病名: )

12. 現在妊娠している可能性はありますか？また現在授乳中ですか？

なし・ある(最終月経開始日 月 日 妊娠第 週) 授乳中 いいえ・はい

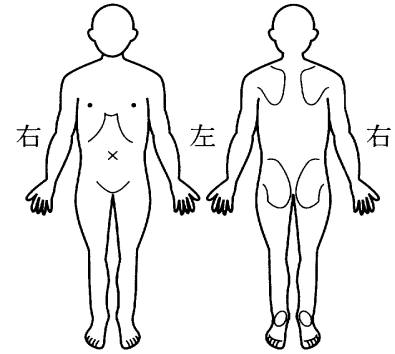
13. ご希望があれば、○をつけて下さい。

(レントゲン 採血 注射 リハビリ 内服薬 外用薬(湿布等) その他( ) )

14. マイナ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

15. 他の医療機関からの紹介状を持参していますか？ はい・いいえ

16. この1年間で健康診断を受診しましたか？ はい・いいえ



3. 患部に○をつけて下さい。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点/加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

