

# 問診表

年 月 日

フリガナ			該当の場合は○を
氏名	男		交通事故
	女		労災
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	歳
住所	〒 ←郵便番号を入れてください		電話番号（自宅・携帯）
			連絡先（続柄）
来院のきっかけ	ご紹介（ ）/ホームページ/Eパーク/看板を見て		

◇ 本日はどのような症状で来院されましたか。（当てはまる物に○をつけて下さい）

◆ 頭部打撲 ・ 頭部外傷 ですか？ はい ・ いいえ

詳細： \_\_\_\_\_

◆ 頭痛 めまい 物忘れ しびれ（部位： \_\_\_\_\_）

医師の指示による定期検査 打撲・外傷（部位： \_\_\_\_\_）

その他（ \_\_\_\_\_）

◇ それはいつからですか？

◇ アレルギーはありますか？

なし ・ あり（卵 ・ 花粉症 ・ 薬 ・ その他）

詳細： \_\_\_\_\_

◇ 今までにかかった病気、又は現在治療中の病気はありますか？

なし ・ あり（病名 \_\_\_\_\_）

◇ 現在服用中のお薬はありますか？

なし ・ あり（お薬手帳ご提示下さい）

詳細： \_\_\_\_\_

※お薬手帳無お忘れの方は詳細欄にお薬の名前等ご記入下さい。

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（マイナ保険証を利用した場合）→2点