

問 診 票

(ふりがな)

マイナンバーカード ・ 保険証

お 名 前

ID

生年月日 T・S・H・R

年

月

日

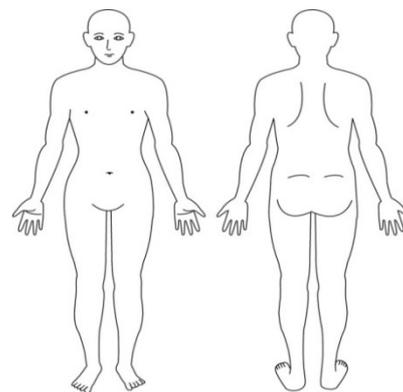
才

〒 ご住所

電話番号

携帯電話

○どうなさいましたか？ いつから、どんな原因でどんな症状がありますか。今まで受けた治療、困っていること、心配なことなど遠慮なくご自由にお書きください。右の絵を使ってください。



○今、かかっている病院・医院、その理由（病名）、もらっているおくすりを教えてください

例) ○△医院で高血圧の薬と血がさらさらする薬

★お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

○今までに大きな病気、けがなどをしたことがあったら、病名と治療を教えてください

例) 10年前に狭心症で心臓の手術

○ご職業と仕事の内容を教えてください (例：機械を作る工場。立ち仕事や自動車運転が多い)

○同居している家族の人数を教えてください

人

○アレルギーはありますか？

ある (

)

ない

○ペースメーカーをつけていますか？

はい

・ いいえ

○女性の方へ いずれかに○をつけてください 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 どれもなし

当院はマイナンバーカードにて保険証利用できる初診時医療情報・システム基盤整備体制充実加算算定医療機関です

マイナンバーカードでの診療情報を取得・活用させていただいております。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。取得・活用に同意しない場合にはお申し出ください。

ありがとうございました。診察をお待ちください。



谷川整形外科クリニック

Tanikawa Orthopaedic Clinic