

# 《 基本情報 》

記入日 \_\_\_\_\_

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致します。  
受付時にマイナ保険証による診療情報取得に同意をしました。 【はい/いいえ】

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## ①現在、内科などで通院、治療はされていますか？【はい/いいえ】

- \* 高血圧 (病院名: \_\_\_\_\_) \* 糖尿病 (病院名: \_\_\_\_\_)
- \* 緑内障 (病院名: \_\_\_\_\_) \* 悪性腫瘍 (病名: \_\_\_\_\_)
- \* 喘息 (病院名: \_\_\_\_\_) (病院名: \_\_\_\_\_)
- \* その他 (病名: \_\_\_\_\_)
- (病院名: \_\_\_\_\_)

(服薬中の方はお薬手帳を提出してください。お持ちでない方は分かる範囲で下記に記載してください。)

薬の名前 (※本日診察する部位についての投薬は裏面に記入してください。)

( \_\_\_\_\_ )

## ②過去に下記の病気にかかったことはありますか？【はい/いいえ】

- \* 悪性腫瘍 < 治癒 \_\_\_\_\_ 年前 ・ (病名: \_\_\_\_\_) >
- \* 喘息・小児喘息 < 治癒 \_\_\_\_\_ 年前 >

## ③お薬で副作用が出たことはありますか？どのような症状がでましたか？【はい/いいえ】

(薬の名前: \_\_\_\_\_) (症状: \_\_\_\_\_)

## ④今までに手術を受けたことがありますか？【はい/いいえ】

- 疾患名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳
- 疾患名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳
- 疾患名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳

## ⑤定期的に健康診断を受けていますか？(40歳以上の方)【はい/いいえ】

## ⑥定期的に骨密度検査を受けていますか？(60歳以上の女性の方)【はい/いいえ】

## ⑦介護保険の認定を受けていますか？(65歳以上の方)【はい/いいえ】

要支援 (1・2) / 要介護 (1・2・3・4・5)

## ⑧現在、授乳中・妊娠中・妊娠の可能性のある方は必ず申し出てください。

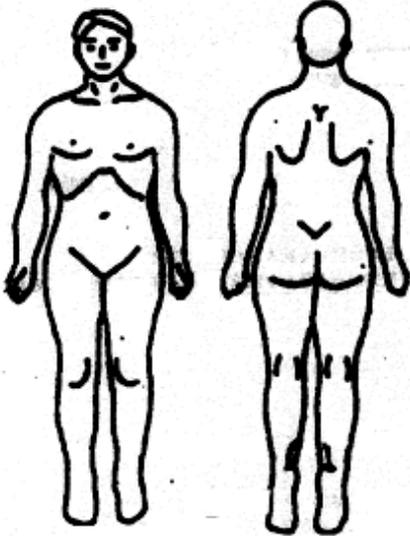
- 妊娠中 ( \_\_\_\_\_ 週目) ・ 授乳中 (生後 \_\_\_\_\_ ヶ月)

裏面もご記入お願いいたします。

ID: \_\_\_\_\_

※検査・待ち時間の関係により、  
1回の診察につき1部位までとさせていただきます。  
ご理解頂きますようお願い致します。

ご職業（任意）事務職・営業職・製造業などを記載してください。 \_\_\_\_\_



①痛みの部位を左の人体図に  で記入してください

②いつから痛みますか？ \_\_\_\_\_

③痛みが出た原因について【 ない / わからない / ある 】  
ある と答えた方は具体的な原因を書いて下さい。

④痛みの部位に熱感がありますか？【 はい / いいえ 】

⑤夜間、就寝中に安静にしていてもうずいて目が覚めることはありますか？  
【 はい（毎晩、時々） / いいえ 】

⑥どのような動作で痛みが出ますか？

⑦現在部活動・チームなどに所属していますか？

【 していない / している 学校名 or 所属チーム： \_\_\_\_\_ 種目 \_\_\_\_\_ 】

⑧運動について

【 痛みがでてから、運動していない・運動できない・痛みはあるが運動している / 普段から運動していない 】

⑨痛み(症状)が出てから、他の医療機関を受診された方はご記入ください。

初診日 ( ) 最終来院日 ( )

- ・病院名 ( ) ・診断名 ( )
- ・検査：レントゲン / MRI / CT / 血液検査 / 超音波 (検査日： )
- ・飲み薬： なし / あり：薬の名前 ( )
- ・その他：注射 / 電気治療 / 牽引 / マッサージ / 固定(ギプス/装具/その他) 他 ( )
- ・紹介状や画像等ございましたら受付に提出してください。

以上の回答に間違いなければご署名願います。 ご署名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

ご協力ありがとうございました。みどりクリニック 院長 瀬戸口 芳正