

※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

※この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受けましたか？： はい いいえ

整形外科 受診の患者さんへ

なすのクリニック

名前	生年月日	年	月	日 (才)
住所				男・女
電話番号 (自宅)	(携帯)			
介護保険： なし・あり [要支援・要介護]	学年： 小・中・高	年	お子さん体重	kg

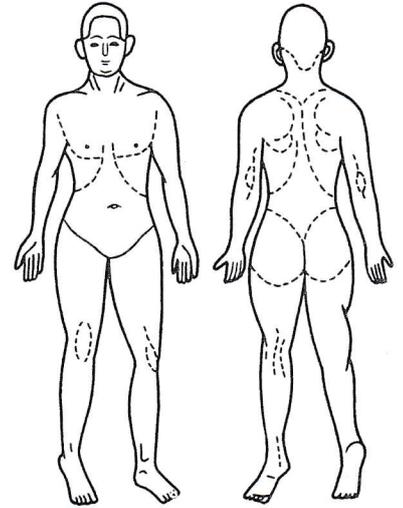
1. 本日は、どうされましたか？ ☆紹介状持参： あり なし

☒で痛いところに○をつけ、症状を簡単に書いて下さい

症状 (例：痛み、しびれ、腫れ)

いつからですか

思い当たることを (例：ぶつけた、ひねった)



2. この症状で、他院で治療を受けた事がありますか： はい いいえ

イ。「はい」の方 病名 [] 病院・医院名 []

ロ. 治療法 [薬 注射 リハビリ その他]
(最終注射日 年 月 日)

3. 職業： あり [事務職、農業、運転手、立ち仕事、手作業、重い物を持ち上げる、学生]
なし [その他—具体的に ()]

4. スポーツ： している 種目 [] していない

5. 現在治療中の病気やケガ： なし あり

(例：高血圧症、糖尿病、喘息)

[]

「あり」の方は内服中の薬を教えてください

[]

6. これまでに大きな病気にかかったことはありますか (入院や手術を要する病気等)： なし あり

「あり」の方は、病名・治療期間等を教えてください

[病名： 治療期間等：]

7. かぶれたこと： なし あり [具体的に]

8. 薬アレルギー： なし あり [具体的に]

9. 食べ物アレルギー： なし あり []

10. MRI検査希望： なし あり [頭部 ・ 頰椎 ・ 肩 ・ 腰椎 ・ 膝]

11. ペースメーカー： なし あり []

12. 妊娠の可能性： なし あり

13. 授乳していますか： している していない

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。