

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな

お名前

男・女 大・昭・平・令 年 月 日生

体重(12歳以下のみ) Kg

ご住所 〒 -

電話 ()

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つとめております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証を使用 (する・しない) マイナ保険証による診療情報取得に同意する (する・しない)

1. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? (はい・いいえ)

2. 本日はどのような症状で来院されましたか?

3. いつ頃からですか?

4. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか? (はい・いいえ)

5. 次の病気のどれかにかかったことはありますか? (ある・ない)

喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 糖尿病 胃潰瘍

その他大きな病気にかかったことがあればお書きください。

6. 一か月以上通院している病気や飲んでいる薬がありますか? (ある・ない)

ある場合には、病名や薬の内容をわかる範囲でお書き下さい。

7. 薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか (ある・ない)

ある場合には、薬や食品の内容をわかる範囲でお書き下さい。

※女性の方にお伺いします。

現在妊娠して (いる・いない)

現在授乳して (いる・いない)