問　診　票

記入日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平 年　　月　　日（　　歳）
お名前				
住所	〒　　－			
電話番号	（自宅）　　（携帯電話） ※ 日中繋がる電話番号をご記入ください。			

今日はどうなさいましたか？

□発熱（　　℃）　□声がかれる　□鼻水　□のどの痛み　□頭痛　□せき　□たん

□息苦しい　□吐き気　□腹痛　□嘔吐　□下痢　□便秘　□食欲がない

□関節の痛み　□体がだるい　□動悸　□めまい　□ふらつく　□血圧が高い

その他（　　）

その症状はいつからですか？

（　　）

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

□いいえ　□はい

現在治療中の病気はありますか？

□いいえ　□はい（病名：　　）

今、飲んでいるお薬はありますか？　※お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。

□いいえ　□はい（お薬名：　　）

薬や食べ物のアレルギーがある場合はご記入下さい。

お薬：　　食べ物：

今までに大きな病気で入院・手術をされたことはありますか？

□いいえ　□はい（病名：　　）

この１年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？

□いいえ　□はい（受診時期：　　年　　月）

（異常を指摘された方（内容：　　））

お酒は飲みますか？　□飲まない　□飲む

タバコは吸いますか？　□吸わない　□吸う（１日　　本）　□禁煙した（　　年前から）

※マイナンバーカードを保険証として利用する方へ　診療情報取得に同意しますか？

□いいえ　□はい

※女性の方へ。現在妊娠中、あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

□いいえ　□はい（□妊娠中（　　週目）　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

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。

※ 当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します。詳しくは掲示物をご覧ください。