

問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男 女	生年 月日	大・昭・平・令		
氏 名				年	月	日 (歳)
住 所	〒					
電話番号	(自宅)			(携帯)		

今日はどうなさいましたか？該当する症状にチェックをお願いいたします。

- 発熱 頭痛 のどの痛み 咳・たん 鼻水・鼻づまり 関節の痛み
めまい ふらつき 動悸 息苦しい 体がだるい 食欲がない
腹痛 下痢 血便 吐き気 皮膚のかゆみ むくみ
その他 ()

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

- 高血圧 糖尿病 脂質代謝異常 心疾患 不整脈 痛風 癌
喘息 脳出血/脳梗塞
その他 ()

現在服薬中のお薬はありますか？

※マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能

- なし あり (お薬名：)

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり (お薬名や食べ物名：)

お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む 週 () 日 種類・量 ()

タバコは吸いますか？

- 吸わない 吸う 日 () 本 やめた () 年前に

※女性の方のみ

- 妊娠中ですか？ いいえ はい () 週目
 授乳中ですか？ いいえ はい

マイナ保険証による診療情報取得について同意しましたか？ はい いいえ

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

ご協力、ありがとうございました。

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。