

問 診 票

令和 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)

住 所 :〒

電話番号 :

携帯番号:

体温(°C)

1. いつごろから、どのような症状があって来院されましたか？

例)3 日前から、38 度の熱があり、胸も苦しい。

2. これまでにかかったことのある病気があればご記入下さい。

高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 胃潰瘍 脳卒中 喘息
その他()

3. 手術を受けられたことがありますか？

・はい(何の手術ですか) ・いいえ

4. アレルギー(花粉症、アトピー性皮膚炎、気管支喘息など)はありますか？

・はい(花粉: 食物: 薬:) ・いいえ

5. タバコは吸われますか？

・はい(1日 本を 年間 ぐらい) ・いいえ

6. 飲酒されますか？

・はい(日本酒 ビール 焼酎 ウイスキー を1日 ml) ・いいえ

7. 妊娠の可能性はありますか？

・ある ・ない ・授乳中

8. 本日、食事はしてきましたか？

・していない ・してきた(時 分 ごろ)

9. 治療にあたって漢方薬の使用を希望されますか？

・希望しない ・希望する ・医師と相談して決める

裏面に続きます

10.マイナンバー保険証による診療情報の取得に同意されますか？

・同意しない　・同意する　・本日は持参していない

11.他医療機関からの紹介状はお持ちですか？

・はい　・いいえ

12.ここ6か月以内に、他医療機関で血液検査を受けられましたか？

・はい　・いいえ

13.現在、他医療機関に通院されていますか？

・はい　・いいえ

14.現在、処方されているお薬はありますか？

・はい　・いいえ

15.この1年間で、「特定健診」または「高齢者健診」を受診しましたか？

・はい　・いいえ

16.このクリニックをどちらでお知りになりましたか？

・知人家族より　・広告　・新聞　・雑誌　・当院ホームページ

・その他()

◎他医療機関からの紹介状、検査結果、書類等ご持参の方は、受付にお出してください。

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。