

診療申込・問診票

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	電話番号	携帯 - - 自宅 - -
		身長・体重	cm kg

- ▶ マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ
- ▶ 他の医療機関からの紹介状・健診結果をお持ちですか？ はい いいえ

▶ どのような症状がありますか？

- いつから？ (今日 時頃から 日前から ヶ月前から 年前から)
- 風邪症状 発熱 (°C) 喉の痛み 鼻水 せき/痰 頭痛 関節痛 その他 ()
- 胃腸症状 胃痛 腹痛 便秘 下痢 吐き気 血便 その他 ()
- 慢性疾患 高血圧 高脂血症 糖尿病 痛風 その他 ()
- 健診で指摘 ()
- その他

▶ 現在、治療中の病気はありますか？

- なし あり (病名・治療内容)
(医療機関名)

▶ 現在、服用されているお薬はありますか？

- なし あり ()

▶ 今までに大きな病気や怪我をされましたか？ (通院や入院・手術を要する病気や怪我等)

- なし あり (病名・治療内容)
(医療機関名)

▶ 薬や食品などでアレルギーはありますか？

- なし あり ()

▶ アルコールは飲みますか？

- いいえ はい (酒 合 ビール 本)

▶ たばこは吸いますか？

- いいえ はい (1日 本) 以前吸っていた (1日 本 年間)

▶ 《女性の方へ》 現在、妊娠または授乳されていますか？

- いいえ はい (妊娠 ヶ月 予定日 / 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。

*** お薬手帳、検査結果等をお持ちでしたら問診票と一緒にお願いします。**