

問診票

令和 年 月 日

ID:

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 年 月 日 () 歳	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 —			
電話番号		職業	

- マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

- はい
- いいえ

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。

- 本日はどうなさいましたか？あてはまる症状にチェックをつけてください。

- 発熱 のどの痛み せき 鼻水
- 頭痛 腹痛 おうと 下痢 便秘 血圧が高い
- 健診 予防接種 胃カメラ 大腸カメラ
- その他

{

- その症状はいつ頃からありますか？

{

- 現在治療中の病気はありますか？ なし あり

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 ぜんそく 緑内障 脳梗塞
- その他

{

- 今、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり

お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

お薬名 {

- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

お薬や食べ物の名前 {

- 今までに大きな病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

・いつ頃 {

・病名 {

- アルコールは飲みますか？ 飲まない 飲む（ 毎日 時々 ）

- たばこは吸いますか？ 吸わない 吸う（ 本/日 ）

- 女性の方にお尋ねします。

- ・妊娠していますか？ ない わからない している（ 週 ）

- ・授乳中ですか？ いいえ はい