

問診票

(ふりがな) 男
名前 女 生年月日 (歳)

住所 (〒 ー) 身長 _____ cm
電話番号 () ー 体重 _____ kg
携帯電話 _____ 体温 _____ °C

●本日は、下記のいずれをご持参されましたか？

健康保険証 マイナンバーカードの保険証 (以下マイナ保険証)

●マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報 (服薬歴、健診歴など) を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない 同意した

●直近1年間で健診 (特定健診や高齢者健診など) を受けられましたか？

受けていない 受けた

(健診名: _____)

(いつ頃: 年 月 日)

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ はい

●今日は、どのような症状で来院されましたか

●その症状は、いつから始まりましたか

(日 週 カ月 年) 前から

●その症状のために、今まで医師にみてもらったことがありますか

いいえ ・ はい

「はい」の方におうかがいします

現在、薬を (のんでいる のんでいない)

●今までに大きな病気にかかったことがありますか

いいえ ・ はい 胃・十二指腸潰瘍、糖尿病、高血圧、喘息、心臓病、癌、
脳卒中、高脂血症、その他（ ）

●今まで手術を受けたことはありますか

いいえ ・ はい
「はい」の方…病名（ ） 病院（ ）

●輸血（血液製剤）を受けたことがありますか

いいえ ・ はい

●現在、服用中のお薬はありますか

いいえ ・ はい
「はい」の方…薬剤名（ ）

●アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい
「はい」の方…食べ物・薬・その他

●生活習慣についておうかがいします

- ・タバコは 吸わない やめた 吸う（1日 本）
- ・お酒は 飲まない やめた 飲む（毎日、時々）

●女性の方へ

現在、妊娠を わからない していない している（ カ月）

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。