

問 診 票

No. _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな	男・女
お名前	

生年月日 大正・昭和・平成・西暦	年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
住所 〒 _____	
	電話 (_____)
	携帯 - _____ -

※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おります。

正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

1. マイナ保険証による診療情報の取得に同意されますか。 (はい ・ いいえ)
2. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。 (はい ・ いいえ)
3. 今日は、どのような症状で来院されましたか。
4. その症状は、いつ頃からですか。
5. 平熱は何度くらいですか。 _____ °C
6. 現在、治療中の病気、あるいは今までに大きな病気にかかったこと、手術をうけたことはありますか。
・ある 病名 _____ ・なし
いつから _____
→ 現在、他の医療機関から処方されているお薬はありますか。
・ある 薬の内容 (_____)
・なし
7. この1年間で健診を受けましたか。 (はい ・ いいえ)
→ 健診の結果で何か指摘されましたか。
(_____)
8. コロナワクチンの接種はお済ですか。 (はい ・ いいえ)
9. アレルギーはありますか。
・ある 薬 (_____) 花粉 喘息 アトピー 鼻炎 その他 (_____) ・なし
10. 喫煙 飲酒について。
・喫煙 ・吸う 1日 (_____ 本) ・吸わない
・飲酒 ・飲む 1日 (量 _____ 週に何日 _____) ・飲まない
11. 女性の方のみお答えください。
・最近の生理はいつでしたか。(_____ 月 _____ 日に始まった)
・現在妊娠中又は授乳中ですか。 (はい 妊娠週数 _____ 週 ・ いいえ)
12. 治療のことなど、何かご希望がありましたらご自由にお書き下さい。