

問診票

() □ マイナ □ 保険証

(ふりがな)
お名前 : _____ 様 (男・女)

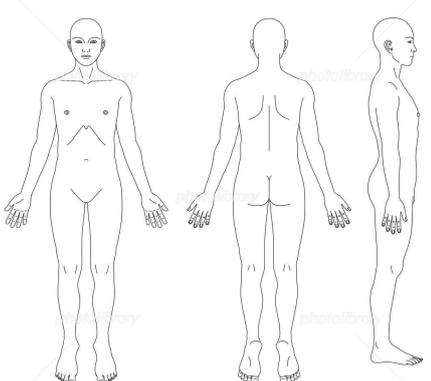
生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
〒 -

ご住所 : _____

身長	_____	cm
体重	_____	kg

連絡先 自宅 : - -
携帯 : - -
緊急連絡先 : - - (氏名(続柄) _____)

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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いします
・マイナ保険証の診療情報取得に同意しますか？ 同意する 同意しない
・この一年間に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

本日はどうなさいましたか？ 症状のある部位に○をつけてください 	<input type="checkbox"/> 頭痛 → 頭痛の方は頭痛問診票の記入をお願いします <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 (紹介状は受付へ提示ください) <input type="checkbox"/> その他 (症状を記入してください) その症状は _____ いつ頃からですか？ _____
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい _____
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい (_____ 歳) (_____ 年) _____
現在飲んでいる薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は受付へ提示ください	<input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> はい _____ <input type="checkbox"/> 手帳あり _____
喫煙は？	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (_____ 本/日 _____ 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (_____ 年前から)
飲酒は？	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 _____ 日) 種類 / _____ 量 /
お薬や食品のアレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし _____ <input type="checkbox"/> あり _____
女性の方へ 妊娠またはその可能性がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)