

受付番号 _____ ID _____

体温 ご本人 : _____
付添の方 : _____

問診票

() ロマイナ □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 :

連絡先 自宅 : _____ - _____

携帯 : _____ - _____

緊急連絡先 : _____ - _____

(氏名(続柄)) _____)

身長 _____ cm

体重 _____ kg

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

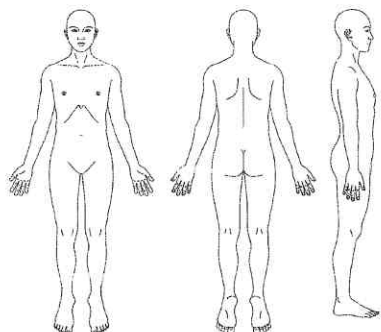
正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いします

・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



□頭痛→頭痛の方は頭痛問診票の記入をお願いします

□他院からの紹介（紹介状は受付へ提示ください）

□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？

□いいえ _____
□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？

□いいえ _____
□はい (_____ 歳) _____
(_____ 年) _____

右記で該当するものはありますか？

□ペースメーカー □埋め込み型除細動器 □義眼
□脳室シャント □人工内耳 □磁石を使った義歯
□あてはまるものはない

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

□いいえ _____
□はい _____
□手帳あり _____

喫煙歴はありますか？

□吸わない □吸う (_____ 本/日 _____ 年間)
□禁煙した (_____ 年前から)

お酒はのみますか？

□飲まない
□飲む (週 _____ 日) 種類 / _____ 量 / _____

お薬や食品のアレルギーはありますか？

□なし _____
□あり _____

女性の方へ

妊娠またはその可能性がありますか

□いいえ
□はい (□妊娠中 □妊娠の可能性あり □授乳中)