

## 問 診 票

ふりがな

★氏 名 \_\_\_\_\_

★性別 男 ・ 女 ・ 回答不可

★生年月日（必須） T・S・H・R \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

★年齢 \_\_\_\_\_歳

★住 所

〒 \_\_\_\_\_

★電話番号（携帯電話可）（必須）： \_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_

★本日の受診の理由をお聞かせ下さい。その症状はいつからありますか？ 紹介状はありますか？

★現在定期的に他の医療機関に通院していますか？ はい ・ いいえ

★現在定期的に飲んでいる薬や、注射はありますか？ はい ・ いいえ

はいの方はお薬の名前をお教え下さい。

★今まで大きな病気やけがをしたことはありますか？ はい ・ いいえ

はいの方は時期と病名をお教え下さい。

★結核や肝炎などの感染症と言われたことがありますか？ はい ・ いいえ

はいの方は時期と病名をお教え下さい。

★アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

はいの方は時期と薬や食べ物をお教え下さい。

★ご家族に心臓や脳の病気、ガンなどの方はいますか？ はい ・ いいえ

はいの方は続柄と病名をお教え下さい。

★女性の方へ： 現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

★1年以内に健診（特定検診や高齢者健診）を受けましたか？ はい ・ いいえ

★マイナ保険証による診療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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。