

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名	様		明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
住所	〒 []-[]		
	電話 () -	携帯 () -	

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
この1年間で健診（特定健診等）を受診しましたか？	はい ・ いいえ
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	はい ・ いいえ

1. 今日はどのような症状で受診されますか？ あてはまる項目に ○ をして下さい	発熱 _____℃ 喉が痛い 咳が出る さむけ 息苦しい 吐き気 嘔吐 下痢 めまい
その他の症状は () にご記入下さい	頭・胸・お腹が痛い その他 ()

1-1) 症状はいつからですか？	今日・ _____日前から・ _____週間前から
------------------	---------------------------

2. 今までに、右記のような病気にかかった ことがありますか？ あてはまる病気に ○ をして下さい	高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息 結核 貧血 胃腸の病気 脳梗塞等の脳疾患 その他 ()
---	---

3. 今までに薬や食品で副作用・アレルギーが でたことがありますか？	はい 薬品名： _____ 食品名： _____ いいえ
---------------------------------------	------------------------------------

4. 身長	cm	体重	kg
-------	----	----	----

5. 嗜好品について	たばこ	吸う ・ 吸わない	1日に () 本位 () 年間
	お酒	飲む ・ 飲まない	毎日 週に () 日位 ビール・日本酒・焼酎 1日 () 本位 ウイスキー・ワイン

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お願いいたします。

