

ID: _____

問 診 票

_____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな			
氏名		様	
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	年齢 歳
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住所 〒			
電話 ()	—	携帯	
職業	身長	cm	体重 Kg
			体温 °C

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか しない する 持っていない◆他の医療機関からの紹介状をお持ちですか ない ある

◆本日はどのような症状、あるいは目的で来られましたか

(例：昨日から息切れがする、1週間ほど咳が続く、胸が苦しい、検査結果を知りたい… など)

--

◆現在、他の医療機関に通院していますか

いいえはい

医療機関名：

一番近い受診日：

治療内容：

◆この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

いいえはい

〔受診時期：

指摘事項：

◆今までに大きな病気やケガや、手術を受けたことはありますか

いいえはい

◆現在服用している薬（市販薬や健康薬品なども含めて）はありますか

いいえはい

◆ご家族（血縁のかた）に病気の方がおられたらお教え下さい

癌高血圧糖尿病心臓病喘息脳卒中

その他〔

◆食品や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり発疹が出たり… など）がありますか

なしあり

◆タバコを吸う習慣がありますか

吸わない以前吸っていたがやめた現在も吸っている

(本/日)

() 年

◆アルコールは飲みますか？

いいえはい〔ほぼ毎日週2~3日週1日2週に1日月に1日以下〕

◆女性の方にかかっていますか

現在妊娠されていますか

いいえはい

(月)

可能性がある

現在授乳中ですか

いいえはい

◆3か月以内に海外旅行されたことがありますか

いいえはい

〔渡航先

ご協力ありがとうございました。個人情報については当院の個人情報保護方針に従い適切に取り扱います。

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をお願いいたします。