

問診表

令和 年 月 日

フリガナ

- 氏名 () ●性別 (男・女)
- 生年月日 (大正・昭和・平成・令和 年 月 日) (才)
- 再診の方は変更がある場合のみご記入ください↓
- 郵便番号 (〒 -)
- 住所 _____
- 自宅TEL () ●携帯TEL ()

- 発熱は? なし・あり ()℃
- 体重 (kg) ※12歳以下の方のみお答えください
- 本日の症状はいつ頃から、どのような状態ですか?

[]

- 通院中の医療機関はありますか? いいえ・はい
おくすり手帳をお持ちの方は受付へ提出し記入は省略してください

[医療機関・病名・処方内容]

- アレルギー(食物・花粉など)はありますか? いいえ・はい
はいの方、何に対してアレルギーを起こしたことがあるかご記入ください
()

アレルギー検査はしたことがありますか? ない・ある

- 薬や注射で副作用がでたことはありますか? いいえ・はい(薬名)
- 大きな病気や手術を受けたことはありますか? いいえ・はい

[いつごろ・病名・手術名]

※女性の方のみお答えください

- 現在妊娠していますか? はい(週目) ・ いいえ ・ 可能性はある
- 現在授乳中ですか? 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? いいえ・はい
- 他の医療機関からの紹介状を持っていますか? いいえ・はい
- この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか? いいえ・はい
受診時期(年 月頃) 指摘事項()

- ご紹介で来院された方はご紹介者様のお名前をお願いします()
- 当院からダイレクトメール(花粉症・予防接種等のご案内)を送らせていただいております。よろしいでしょうか
(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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。