

ID:

記入年月日 年 月 日

問 診 票

(お尋ねした内容は診察目的以外には使用いたしません。また外部に漏らすこともございません。)

ふりがな		性別	男・女
氏名	様		
生年月日	T · S · H · R	年 月 日	年齢 才
住所	〒		
電話番号	ご自宅:	携帯:	

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つとめております。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いいたします。

マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意しますか？ (はい ・ いいえ)

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

この1年間で健診を受けましたか？ 健診の結果で何か指摘されましたか？
いいえ ・ はい 指摘内容 ()

いつ頃から、どのような症状でお困りですか？ KT: °C
(前から)
()

これまで大きな病気にかかったことはありますか？
()

現在治療中の病気はありますか？
()

手術を受けたことはありますか？
なし ・ あり 手術名 ()

現在服用中のお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。
なし ・ あり お薬名 ()

薬や食べ物のアレルギーはありますか？
なし ・ あり ()

アルコールは飲みますか？
飲まない ・ 付き合い程度 ・ 週3日以上 ・ 毎日飲む (量: , 種類:)

タバコは吸いますか？
吸ったことはない ・ 現在吸っている (本/日 × 年間)
以前吸っていた (本/日 × 年間 , 年前から禁煙)

女性にお聞きます。妊娠中ですか？ (はい ヶ月 ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)