

# 問 診 票

ふりがな \_\_\_\_\_ 受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【氏名】 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

【生年月日】 \_\_\_\_\_ 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

【住所】 〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_

【緊急連絡先（携帯電話等）】 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

【マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？】  はい  いいえ  持っていない

マイナ保険証の利用や問診票等を通して、診療情報（薬剤情報、特定健診情報やその他必要な情報）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おります。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致します。

【他院からの紹介状をお持ちですか？】  はい  いいえ

【今日は、どのようなことで受診されましたか？】

【いつから症状がありますか？】 \_\_\_\_\_

【他の医療機関を受診されていますか？】

いいえ ・ はい  はいの場合 疾患名： \_\_\_\_\_

病院・医院名： \_\_\_\_\_

【現在、服用中のくすりはありますか？】 \_\_\_\_\_

【いままでに罹った病気、現在治療中の病気はありますか？】

【アレルギー】 なし・あり( \_\_\_\_\_ ) 【薬のアレルギー】 なし・あり( \_\_\_\_\_ )

【お酒は飲まれますか？】 いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ )

【たばこ】 吸わない・吸う ( \_\_\_\_\_ ) 本／日 × ( \_\_\_\_\_ ) 年

【前回の健康診断はいつでしたか？】 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

女性にお尋ねします。

\* 妊娠の可能性 なし ・ あり ・ わからない ← ありの場合 ( 妊娠 \_\_\_\_\_ カ月)

\* 授乳中ですか？ いいえ ・ はい \* 最終月経 ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日

血圧を測っていただき、問診票と一緒にプリントペーパーを受付にお渡しください

血圧手帳・おくすり手帳・血糖自己管理ノートは、受付にお渡しください