

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の必要な情報）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