

(初めて来られた方へ)

診療日 年 月 日

【 問診票 】

住所 〒				—			
フリガナ 氏名		生年月日 T・S・H 年 月 日 (歳)			性別 男・女		
電話番号	自宅	()	—	職業			
	携帯	()	—	勤務先電話番号	()	—	
現在の体温	度						

1、今日はどうなさいましたか？

症状:

2、以下に示す慢性疾患で治療した、または現在も治療を続けているものがありますか？

ある場合はチェックしてください。

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 結核 | <input type="checkbox"/> 肝臓病 | <input type="checkbox"/> 胃腸病 |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 血液の病気 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 |
| <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> その他() |

3、現在飲んでいる薬はありますか？

ない・ある

※お薬手帳をお持ちの際は、受付へご提出ください。

5、食品や薬に対するアレルギーや、アレルギー疾患はありますか？

ない・ある ()

6、手術を受けたことがありますか？

ない・ある 手術名 ()

7、女性の方へ。該当する項目に○をして下さい。

妊娠の可能性なし・現在妊娠中(週)・現在授乳中・不明

8、マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。

する・しない

9、この1年間で特定検診または高齢者検診を受診しましたか。

した・しない

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まいります。正確な情報取得・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。