

# 診察問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日生		
名前			( 歳)		
住所	〒		電話	(自宅)	
				(携帯)	

①今日はどうされましたか。それはいつからですか。

.....  
 .....  
 .....

どうしてそうになりましたか。

.....

②今までにかかった病気はありますか。 ○をつけてください。

高血圧 心臓病 糖尿病 腎臓病 肝臓病 脳疾患 肺疾患 リウマチ 喘息  
 その他 ( )

③現在、治療されている病気はありますか。

.....

④手術を受けたことがありますか。何歳の時で、どのような手術ですか。

才

.....

才

.....

⑤現在、処方されている薬がある場合、

お薬手帳、お薬の一覧表をお持ちでしたらお見せください。

手帳のない方は、薬の名前をご記入ください

( )

⑥お薬や食べ物でアレルギーはありますか。 (□ない・□ある)

ある方は具体的にご記入ください。 ( )

⑦湿布などで赤くなったり、かぶれたりしたことはありますか。 (□ない・□ある )

⑧現在、妊娠中または授乳中ですか。 (□いいえ・□はい)

⑨この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けましたか。 (□はい・□いいえ)

指摘事項は ..... 受診時期 ..... 月 日

⑩マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 (□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致します。