

問診票

年 月 日

ふりがな			
お名前			
性別	男性・女性 / ※女性のみ 妊娠の有無 (あり・なし)・授乳中		
生年月日	S・H・R	年	月 日 (歳)
ご住所	〒		
電話	(自宅)	(携帯)	
ご家族様	(ご家族様氏名)	(続柄)	
ご連絡先	(ご家族様携帯)		小児体重 kg

- 現在の症状はどれですか？ ※ぶつけた時の状況を教えてください
 頭痛・めまい・もの忘れ・ふらつき・頭をぶつけた ()
 しびれ・まひ (症状のある部位：)
 発熱 (°C)・せき・たん・のどが痛い・鼻水・悪寒・胸部痛・動悸
 腹痛・胃痛・吐き気・嘔吐・食欲不振・下痢・便秘
 腰痛・関節痛・筋肉痛
 その他 ()
- いつ頃からですか？
 本日・昨日・1週間前・1ヶ月前・その他 (いつ頃から：)
- 持病はありますか？ (はい・いいえ)
 ⇨はいの方は病名を記入ください。 ()
- 現在、内服している薬はありますか？ (はい・いいえ)
 ⇨はいの方はお薬手帳をご提示ください。
 (内服薬)
- 今までに薬や注射で副作用・アレルギーがでたことがありますか？ (はい・いいえ)
 ⇨はいの方 (薬剤名：)
- 最近、ワクチン接種を打ちましたか？ (はい・いいえ)
 ⇨はいの方 (いつ頃： / ワクチン名)
- その他、ご要望がありましたらご記入ください。
 ()

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いたします。

- ① 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)
- ② この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診しましたか？ (はい・いいえ)
 ※ ②はマイナ保険証による情報取得に同意した場合、選択不要です。