

問 診 表

令和 年 月 日

フリガナ			
氏 名	男 ・ 女		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
住 所	〒		
電話番号	自宅	携帯	
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。		はい	いいえ
他院からの紹介状はお持ちですか。		はい	いいえ
今の症状を教えてください。（いつから どこが どのように）		体 温	℃
		平熱	℃
現在他院で治療中の病気はありますか。		はい	いいえ
病名			
現在使用している薬がありますか。		はい	いいえ
薬品名			
*但し、マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き 記載省略可			
これまで大きな病気にかかったことがありますか。		はい	いいえ
いつ頃 病名			
アレルギー歴 （薬、食品等で異常が出たことがありますか。）		はい	いいえ
原因となったもの、症状等記載して下さい。			
[女性の方のみ]			
現在妊娠中 （ 有 週 ・ 無 ）		現在授乳中 （ 有 ・ 無 ）	
煙 草	☐ 吸う ☐ 吸わない	☐ やめた	
現在吸っている方、やめた方に伺います。		（ 1 日 本 年間吸った）	
お 酒	☐ 飲む ☐ 飲まない		
（飲む方に伺います。飲み方は 毎日 時々 量 ）			
15歳以下の方のみ 体重 kg			

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。