

問 診 表

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|---|--|----------------|-------|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 性別 | 男 | 女 | | |
| 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 どころが 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 | | | | | | |
| 来院のきっかけ | <input type="checkbox"/> 近隣・知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> 他医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 通りがかり () | | | | | |

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。