

ID

## 問 診 票 1

年 月 日

ふりがな		男・女	電話番号	自宅：
氏名				携帯：
生年月日	年 月 日 (才)		住所	〒

以下の質問にお答えください。記入が終わりましたら、受付へお持ちください。

1) 本日の、ご様子を教えてください。

① いかがなさいましたか？ ( )

② いつ頃からですか？ ( )

③ その症状の原因に心当たりはありますか？

・ 交通事故 ・ ぶつかった ・ ひねった

・ 転倒 ・ 原因不明

・ その他 ( )

・ 工作中的けが

労災ですか？ ・ はい ・ いいえ ・ わからない

④ その他の理由で受診を希望 ( )

2) 現在、通院中または治療中の病気はありますか？

・ はい → 下記の当てはまる病名に○をつけて下さい

・ 高血圧症 ・ 心臓病 (不整脈・狭心症など) ・ 糖尿病 ・ 白内障 ・ 緑内障

・ 脂質異常 (高コレステロールなど) ・ 呼吸器疾患 (喘息など) ・ 前立腺肥大

・ 腎疾患 ・ 整形外科疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ その他 ( )

通院している病院を教えてください ( )

・ いいえ

3) 現在、飲んでいるお薬はありますか？

・ はい → ・ お薬手帳はお持ちですか？

・ はい (問診票と一緒に、スタッフへお渡しください)

・ いいえ ・ 忘れた → お薬の名前を教えてください

・ いいえ (薬の名前： )

4) お薬・注射・食品などに、アレルギーはお持ちですか？ (じんましん、気分不快など)

・ はい → アレルギーの原因を教えてください ( )

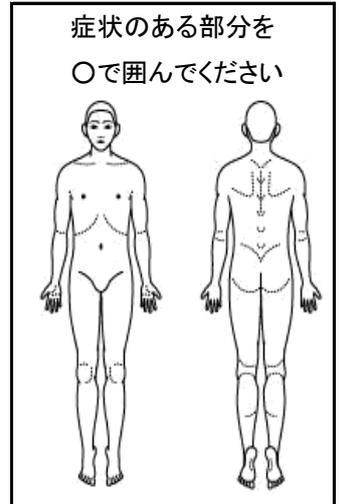
・ いいえ

5) 現在、妊娠中ですか？ ・ はい (妊娠何週： 週) ・ いいえ ・ 授乳中

6) この1年間で、健康診断を、受けていますか？ → ・ はい ・ いいえ

7) マイナンバーカードご利用の方におたずねします

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ → ・ 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いたします。

ご記入いただき、ありがとうございました