問診票

本日の体温（　　℃）

ふりがな			
お名前			
郵便番号	〒　　－		
住　所			
電話番号	（　　）　　－		
生年月日	（明・大・昭・平） 年　　月　　日	男　・　女	

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか　　はい　・　いいえ
（いいえの方　この１年間に特定健診を受診されましたか　　はい　・　いいえ　）
●他院からの紹介状は持参されていますか　　はい　・　いいえ

●本日はどのような症状で来院されましたか？　○で囲んでください。
吐き気　腹痛　下痢　便秘　食欲不振　体重減少　下血　全身倦怠感　頭痛
その他（　　）
●それはいつからですか？
（　　）

●今までに診断された病名はありますか？　○で囲んでください。
緑内障　狭心症　前立腺肥大症　喘息　リウマチ　膠原病　脳卒中　肺気腫　肺結核
その他（　　）
●現在、他の病院で治療を受けていらっしゃいますか？
治療中　・　治療していない
（病院名：　　）　（診断名：　　）

●現在、飲んでいる薬はありますか？　　はい　・　いいえ
●お薬手帳は持参されていますか？　　はい　・　いいえ

●タバコを吸いますか？　　はい　・　いいえ
１日（　　）本　（　　）年間
●アルコールを飲みますか？　　はい　・　いいえ

●今まで薬や食べ物でアレルギーになったことがありますか？
薬についてのアレルギー　　なし　・　あり
食べ物についてのアレルギー　　なし　・　あり
その他のアレルギー　　なし　・　あり
＜女性の方へ＞
●現在、妊娠中ですか？　　いいえ　・　はい　・　可能性あり
●現在、授乳中ですか？　　いいえ　・　はい

御協力ありがとうございました

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。