

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男	生	大・昭・平・令			
氏名	様	・	年	年	月	日	歳
住所	〒	電	自宅	()			
		話	携帯	()			

① 今日はどうなさいましたか？（来院の目的、症状など）

② 現在、治療中（通院中）の病気にチェックをつけて下さい

- 脳疾患 緑内障 高血圧 糖尿病 腎臓病（透析 有・無）
肝臓病（ 型肝炎） 婦人科疾患 心臓病 精神疾患（ ）
その他（ ） なし

③ 今までに下記の手術をしたことがありますか？

- ・胃（内視鏡手術/開腹切除） ・大腸（内視鏡手術/開腹切除） ・なし

④ 現在、服用中の薬はありますか？

（マイナ保険証による情報取得に同意した方については、直近一ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能）

はい いいえ

- ・血液がさらさらになるお薬を服用していますか？ はい いいえ

⑤ 今までに薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか？

はい（薬品名 ） なし

⑥ 毎日の生活についてお尋ねします

- ・便は一日 何回ですか？（ 回ぐらい）
・お酒は飲みますか？ 毎日（ ぐらい） ときどき いいえ
・タバコは吸いますか？ はい（一日 本） いいえ

⑦ 現在、妊娠中または授乳中ですか？

はい いいえ

⑧ 当院を知ったきっかけを教えてください

- 友人、知人の紹介 家族が通っている ホームページを見て
通りがかり その他（ ）

⑨ マイナ保険証による診療情報取得について 同意する

⑩ その他、何かございましたら、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致します。