

問診票

ID:

記入日：令和 年 月 日 ()

体温 °C

ふりがな

T・S・H

名前 (name)

男・女

年

月

日 ()

歳)

住所 (address) 〒

自宅TEL

携帯TEL

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか (※マイナンバーで受け付けましたか)

はい

いいえ

2. 他の医療機関からの紹介状を持っていますか

はい

いいえ

3. 本日はどのような症状がいつからですか

症状:

いつ頃:

4. 他の医療機関に通院中ですか

医療機関:

発症日:

治療内容:

5. 処方されているお薬はありますか (お薬手帳お持ちの方は受付へお出し下さい)

薬剤名:

6. これまでに大きな病気にかかったことはありますか (入院・手術等)

病名:

医療機関:

治療内容:

7. 今までに薬の副作用・食物のアレルギーはありますか

いいえ はい (種類):

症状:

8. この1年間で健診を受けましたか?

いいえ はい (特定健診・会社健診など)

9. 女性の方へ 現在妊娠されていますか? (また妊娠を希望されていますか?)

・いいえ ・はい (妊娠 カ月・授乳中) ・不明 最終月経 (月 日~ 日間・現在生理中)

・妊娠を希望していますか? ・希望している ・希望していない

当院は診療情報を取得・活用する事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お願い致します。