

◇問診票◇

ID

受診日 年 月 日

フリガナ		男・女
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号	自宅: — — 携帯: — —	緊急時連絡先に○を付けてください。

下記の項目をご記入ください。

1. 本日はどうされましたか

体温	℃
----	---

いつ頃からですか

2. 今までに病気・手術・入院等の経験はありますか(はい・いいえ)

※はいと回答された方は詳細をご記入下さい

3. 現在、服用している薬剤はありますか(はい・いいえ) ※必ずご記入下さい

はいと回答された方は薬品名をご記入下さい

4. ご家族で今までにかかった病気はありますか

糖尿病 高血圧 高脂血症 心筋梗塞 脳梗塞 その他()

5. 食物や薬品のアレルギーはありますか(はい・いいえ) ※必ずご記入下さい

(食物:)

(薬品名:)

6. 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。

たばこ 吸わない・吸う (1日に 本、約 年間) ・ やめた(歳から)
アルコール 飲まない・飲む (種類: 量:) ・ やめた

7. 女性の方へ ※必ずご記入下さい

現在妊娠していますか。また妊娠している可能性はありますか(はい・いいえ)

授乳中ですか(はい・いいえ)

最終月経はいつですか(月 日) 閉経している

8. その他、気になる点等ございましたらご記入下さい

ご記入いただきました個人情報は、診察行為以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。
ご協力ありがとうございました。

◇問診票 2◇

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。

下記の項目をご記入ください。

1. 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 ）

※「いいえ」と回答された方は1-2. をご記入ください。

1-2. この1年間で特定健診もしくは高齢者健診を受診しましたか（ はい ・ いいえ ）

※はいと回答された方は詳細をご記入下さい

・受診時期： _____ 年 月 日

・指摘事項： [_____]

2. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか（ はい ・ いいえ ）

3. 現在、他の医療機関へ通院しておりますか（ はい ・ いいえ ）

※はいと回答された方は医療機関名、受診日、治療内容 等をご記入下さい

[_____]