

問 診 票

お名前			ご職業	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
住所				
性別	男 ・ 女	電話番号	ご家族緊急連絡先	

下記質問にご協力ください。

- マイナンバー保険証による診療情報連携に同意します。
- 他院からの紹介状があります。
- お薬手帳があります。
- 1年間で健康診断を受けたことがある。 (を指摘)

1. 現在お困りの症状を教えてください(受診された理由)
2. 上記症状が出現してから、症状の内容、発症時期、経過などを、なるべく詳しく教えてください。

3. 既往歴(お薬手帳もご提示ください) ※重要なので必ずお書きください 手術歴
- ① 歳 (病院 有・無 ・ 通院中)
- ② 歳 (病院 有・無 ・ 通院中)
- ③ 歳 (病院 有・無 ・ 通院中)
- ④ 歳 (病院 有・無 ・ 通院中)
- ⑤ 歳 (病院 有・無 ・ 通院中)

4. 食べ物、薬のアレルギー(具合が悪くなったこと)は有りますか。わかれば具体的にご記入ください。

薬: なし・あり (薬剤名: 症状:)

※院内アレルギー検査(41項目) 検査の希望 あり なし

5. 嗜好歴を教えてください。

お酒 (種類 1日に 杯 本) ・ 飲まない
タバコ (1日に 本 箱 年) ・ 吸わない

6. 現在妊娠中または授乳中ですか? 妊娠週数 週

※ここに記載された内容は、ご本人の診療目的以外では使用致しません。

※当院は診療情報提供を取得・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。