

# 問 診 票

ふりがな	
名前	男 身長 ( ) c m 女 体重 ( ) k g
生年月日	M T S H 年 月 日 ( ) 歳 ( ) ヶ月
住所 (〒 - )	

電話番号 ( )	携帯電話 ( )
----------	----------

★本日はどうなさいましたか。症状のある部位に○を付けてください  
( )

★この症状について今までに何か治療をうけた事がありますか  
なし・あり → (治療内容 )

★今までに大きな病気または手術を受けた事がありますか  
なし・あり → (病名・手術名 )  
(年齢: 歳)

★現在定期的に通院している病気はありますか。  
高血圧 心臓病 (不整脈) 緑内障 (眼圧が高い) 糖尿病  
前立腺肥大 アレルギー疾患 肝臓病 腎臓病 がん ( )  
喘息 貧血 精神疾患 けいれん (熱性けいれん・てんかん)  
その他 ( )

★現在お薬をお飲みですか。  
いいえ・はい (薬名: )

★アレルギーはありますか。  
なし・あり ありの方は、アレルギー物質とその時の症状をお書きください  
お薬 ( )  
食品 ( )  
その他 ( )

★女性の方にお聞きします。  
現在妊娠していますか。 はい ( ヶ月)・いいえ 出産予定日 ( 月 日)  
現在授乳していますか。 はい ( ヶ月)・いいえ

★この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか。  
いいえ・はい

★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。 いいえ・はい

★マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 いいえ・はい

※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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※当院は労災指定病院ではありません。労災の方は受付にお声掛けください  
ご記入ありがとうございます。受付にお渡しく下さい

