

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

