

問 診 票

ID _____

記入日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____ 男・女

ご住所 _____ 電話番号 (_____)

生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

1. 本日はどのような症状で診療にみえられましたか。該当に○印をご記入下さい。

来院時 (体温 _____ °C)

前日 (体温 _____ °C)

熱・咳・咽頭の痛み・鼻汁・痰・吐き気・下痢・腹痛・頭痛・血圧・胸苦・めまい・
尿の異常・不眠・発疹・その他 (_____)

2. 症状はいつ頃から現れましたか。(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

3. 現在、次の病気で治療を受けていますか。該当に○印をご記入下さい。

ない・ある

糖尿病・高血圧・高脂血症・肝炎・胃潰瘍・緑内障・リウマチ・痛風
その他 (_____)

4. 現在、服用している薬がありますか。

ない・ある 薬剤名 (_____)

5. 薬や注射などで、異変が起こったことがありますか。

ない・ある 症状 (_____)

6. 女性の方へ イ) 最終月経は (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)

ロ) 現在、妊娠されていますか。(はい・いいえ)

ハ) 現在、授乳中ですか。(はい・いいえ)

7. 本日マイナンバーカード持参の方へ

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか。

同意する ・ 同意しない ・ マイナ保険証未保持

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いたします。

☆紹介状・お薬手帳・健診結果などがありましたら、受付にご提出ください。