

# 問診票

診察の参考にさせていただきますので、以下の質問にお答えください。

年 月 日記入

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
氏名			年 月 日 ( 歳)
ご本人連絡先	自宅☎:	携帯電話☎:	
本人以外の緊急連絡先	☎:	氏名( )	続柄( )
体重	kg→ ※12歳以下のお子様は必ず	体温	℃→ ※計測の必要がある方のみ

当院はマイナンバーカードを保険証として利用可能な医療機関です。  
当院では診療情報(薬剤情報、特定健診情報やその他必要な情報)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致します。

[ 1 ] 本日はおもにどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から・症状

[

]

[ 2 ] 現在、他の医療機関に通院していますか？ また、服用中のお薬はありますか？

1. いいえ
2. はい

医療機関名: [

]

治療内容/病名: [

]

[ 3 ] 今までに病気やけがで入院したことや、手術受けられたことがありますか？

1. いいえ
2. はい

[

]

[ 4 ] 今まで注射や薬で副作用(ショック、発疹、気分不良など)がありましたか？

1. いいえ
2. はい

薬剤名/症状: [

]

[ 5 ] タバコはお吸いになりますか？

[ 6 ] お酒はお飲みになりますか？

1. いいえ
2. はい [ 本/日 位]
3. 以前は吸っていたが、今は止めている

1. 飲まない
2. ときどき飲む
3. ほとんど毎日飲む

[ 7 ] この1年間で健診(特定健診など)を受診しましたか？

1. いいえ
2. はい

[ 8 ] 女性にお尋ねします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

1. いいえ
2. はい (妊娠 月)
3. わからない
4. 授乳中 (産後 月)

ありがとうございました。後ほど診察の際に医師に詳しくお話しください。  
※ご記入いただいた内容は秘密を厳守いたします。