

問診票

当院の定められた利用目的の範囲内で利用いたします。

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 _____ 職業 _____

〒 _____ 電話番号 _____

住所 _____

体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 本日の受診の目的を教えてください。

一般内科の診察 一般内科以外の診察 予防接種 自費注射

② 【保険診療を受けられる方への質問です】

マイナンバーカード保険証をご持参の場合、情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

③ 【③～⑦は全ての方への質問です】

いつ頃からどのような症状でお困りですか。

④ 今までにかかった病気や治療中の病気がありますか？

あればチェックをつけてください。

高血圧 糖尿病 喘息 肺炎 結核 腎臓疾患 肝臓疾患 心臓疾患
 不整脈 脳梗塞 その他 (_____)

⑤ 今までに大きな病気や手術を受けられたことがありますか？

いいえ ・ はい → 病気の名前または手術名 (_____)

裏面もあります。

⑥ 現在服用している薬はありますか？

(マイナ保険証の利用に同意いただいている方は記入しなくて大丈夫です。
また、お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。)

いいえ ・ はい → 薬の名前 ()

⑦ アレルギー体質はありますか？喫煙・飲酒歴についても教えてください。

アレルギー： いいえ ・ はい → 何のアレルギーですか？ ()

喫煙： いいえ ・ はい → 一日あたりの本数 (_____ 本)

飲酒： いいえ ・ はい ・ 機会飲酒
↳ 飲酒頻度：1週間に _____ 回 (1回量： _____)

⑧ 【女性の方への質問です】

妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ ・ はい ・ わからない

⑨ 【自費注射をご希望の方への質問です】

今まで他の医療機関で自費の注射・点滴をされたことがありますか？

いいえ ・ はい → 注射・点滴の名前 ()

ご協力ありがとうございました、受付に提出をお願いします。