

# 問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生 年 月 日		
氏 名		男・女	年	月	日 ( 歳)
住 所	〒	—	電話	自宅	
				携帯	
マイナ保険証	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		

※当院は患者様の診療情報を取得・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。

来院時 体温 \_\_\_\_\_ °C

## 本日はどうされましたか

他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい ・ いいえ (お持ちの場合は受付にご提出下さい)

## 今回の症状はいつからですか

## 治療中の病気はありますか (今までに指摘されたことがある場合も ○をつけてください)

高血圧 高脂血症 糖尿病 高尿酸血症 甲状腺疾患 肝臓病 心臓病  
腎臓病 胃腸疾患 緑内障 前立腺肥大 呼吸器疾患 がん ( )  
その他 ( )

治療はどちらで受けられましたか 当院 ・ 他院 ( ) いつ頃 ( )

**現在、服用中の薬はありますか** マイナ保険証をご利用の方に限り直近1ヶ月以内の処方をご記入下さい  
いいえ ・ はい ( )

※お薬手帳をお持ちの方は必ず診察時にお渡してください

## この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか

いいえ ・ はい (時期: 指摘事項: )

## 手術を受けたことがありますか

いいえ  
はい → いつ頃 ( )

## アレルギーはありますか

いいえ  
はい → 薬 ( )、食物 ( )、花粉症、その他 ( )

## タバコは吸われますか

いいえ ・ 以前は吸っていた  
はい → 1日 本を 年

## お酒は飲まれますか

いいえ ・ 以前は飲んでいて  
はい → 1日量 週 日

## 当院を受診されたきっかけはなんですか

紹介(家族・知人) 広告・ホームページ 近所 その他 ( )

※ 女性の方にお聞きします

**現在、妊娠の可能性はありますか** はい ( ヶ月) ・ いいえ ・ わからない

**現在、授乳中ですか** はい ・ いいえ