

## 【問診票】

受診日： 年 月 日

フリガナ： 大・昭・平・令

お名前： (男・女) 生年月日： 年 月 日 ( 歳)

連絡先番号(携帯)： (自宅)：

〒 ( - )

住所：

・マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ (はい・いいえ)

・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ (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おります。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願いします。

・本日受診した症状や理由を教えてください。(例：頭が痛い、健診で異常があった、薬が欲しい、など)

【 】

・その症状はいつ頃から出て、どのように経過しましたか？

【 】

・治療中または今までかかった病気はありますか？(丸をつけてください) (はい・いいえ)

高血圧・糖尿病・脂質異常症・心不全・不整脈・心筋梗塞・狭心症・脳梗塞・脳出血・貧血

がん(部位: )・腎臓病・肝臓病・肺炎・肺気腫・喘息・前立腺肥大症・緑内障

【 その他(病名や手術)： 】

・現在飲まれているお薬はありますか？(あればご記載お願いします) (はい・いいえ)

【 】

・アレルギーをお持ちですか？(薬や食品があればご記載お願いします) (はい・いいえ)

【 】

・タバコは吸いますか？(吸う場合は、 歳から、1日 本) (はい・いいえ)

・過去一年間で健診を受けましたか？(指摘事項があればご記載お願いします) (はい・いいえ)

【 】

・(女性の方へ)現在、妊娠中ですか？授乳中ですか？ (はい・いいえ)

・その他、医師にご相談したいことがあればお書きください。

ご協力ありがとうございました。