

問 診 表

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女) _____ 受診日 _____ 年 _____ 月

身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

1 マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか?

いいえ はい

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

2 他の医療機関からの紹介状はありますか?

いいえ はい

3 本日はどのような症状で来られましたか?

(_____)

4 いつごろからですか?

年 _____ 月 _____ 日 頃から

5 その症状について治療を受けたことがありますか? なし あり → 内容をご記入ください。

(_____)

6 今までに以下の病気をされたことはありますか?

高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管疾患 腎臓疾患 リウマチ
 肝臓病 肺疾患 喘息 その他 (_____)

7 手術や輸血を受けたことがありますか? なし あり → 内容をご記入ください。

(年 _____ 月 _____ 病院名: _____)

8 現在、治療中のご病気はありますか? なし あり → 内容をご記入ください。

(_____)

9 現在、服用している薬はありますか? なし あり → お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。

(_____)

10 アレルギー、特異体質と言われたことがありますか? なし あり → 内容をご記入ください。

(_____)

11 飲み物、注射などで具合が悪くなったことがありますか? なし あり → 内容をご記入ください。

(_____)

12 (女性の方のみ) 現在、妊娠をなさっていますか? いいえ はい (_____ 週)

13 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 (_____) 指摘要項 (_____)

※ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。