

問診票

ふりがな		住所	〒
お名前		電話番号	()
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女 体温 : °C

- ① マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ
 ② 他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ
 ③ 今日はどうされましたか？ 具体的に、いつから、どのような症状ですか？

【いつから・どのような症状】

- ② 現在、他の病院や医院で治療を受けていますか？

受けている（病名： 病院名： ） ・ 受けていない
 現在、薬を飲んでいますか？（マイナ保険証による情報取得に同意した場合は省略可）
 飲んでいる（薬品名： ） ・ 飲んでいない

- ③ これまでにかかった病気、外傷、手術はありませんか？

() 歳の時 病名 ()
 () 歳の時 病名 ()

- ④ これまでに薬でアレルギー反応や副作用がでたことはありませんか？

ある（薬品名： 症状： ） ・ ない

- ⑤ 親、兄弟など血のつながった人に下記の病気の人はいますか？

また、下記の病気で亡くなった方はいますか？（当てはまる病名を○で囲んで下さい）

心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 糖尿病 ・ がん(癌) ・ その他（病名：)

- ⑥ お酒は飲みますか？ 飲む ・ 飲まない

酒量： 1日平均（日本酒・ビール・焼酎・ウイスキー）で () くらい
 頻度： 週に・月に () 回くらい

- ⑦ タバコは吸いますか？

吸う ・ 吸わない ・ 吸っていたが禁煙した（いつ：)
 1日平均 () 本くらい () 歳から

- ⑧ 女性の方へ

現在妊娠の可能性はありませんか？	可能性はある ・ 可能性はない
現在妊娠していますか？	妊娠している（妊娠 ヶ月） ・ 妊娠していない
現在授乳中ですか？	授乳中である（子供 ヶ月） ・ 授乳していない

- ⑨ この一年間で健診を受診しましたか？（マイナ保険証による情報取得に同意した場合は省略可）
 はい ・ いいえ

*個人情報は当院で定めた利用目的の範囲で利用いたします。

*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。

