

問 診 票

フリガナ

氏 名 _____ 生年月日 (大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

男 ・ 女 _____ 既婚 ・ 未婚 _____

〒 _____

TEL 自宅 (_____)

住 所 _____

携帯 (_____)

勤務先 _____

TEL (_____)

1 本日はどのような症状ですか？

(_____)

2 症状のある場所に○をつけて下さい

→

3 いつから症状がありますか？

(_____)

4 病院や市販薬などで治療はしましたか？

はい (_____) ・ いいえ

5 現在治療中、または過去に治療した病気はありますか？

はい (心疾患 ・ 脳疾患 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 高血圧 ・ _____) ・ いいえ

6 現在、または今までに感染症にかかった事、治療した事がありますか？

はい (A型肝炎 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV ・ _____) ・ いいえ
(検査中 ・ 治療中 ・ 治癒 ・ _____)

7 現在、使用中のお薬 (内服・外用・サプリメント等) はありますか？

はい (_____) ・ いいえ

8 薬のアレルギーはありますか？ (内服薬・外用薬・消毒薬)

はい (_____) ・ いいえ

9 アレルギー (喘息・鼻炎・花粉症・食品等) はありますか？

はい (_____) ・ いいえ

10 現在妊娠していますか？

はい ・ いいえ

11 授乳中ですか？

はい ・ いいえ

12 車の運転をしますか？

はい ・ いいえ

◇ 当クリニックは、何でお知りになりましたか？

①ホームページ ②家族・知人の紹介 (_____) ③医療機関の紹介、他 (_____)

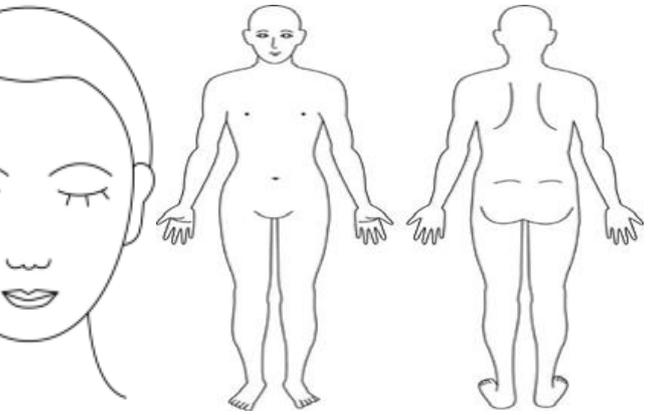
◇ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

はい ・ いいえ

◇ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

はい ・ いいえ

◇ この1年間で健診 (40歳以上の特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？ はい ・ いいえ



足の診察を希望の方にはストッキングの着脱ができる場所をご案内いたします。受付までお知らせ下さい。

※当院でのお支払いは現金のみとなりますのでご了承下さい。ご記入後、お手数ですが受付へお渡し下さい。

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。医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定しています。

正確な情報を取得・活用する為マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。