

問診票

受診日：令和 年 月 日

ふりがな				生年月日
氏名	男	西暦・大正・昭和・平成		
	女	年	月	日 歳
住所	〒 (職業)			
電話番号	自宅：	身長	cm	
	携帯：	体重	kg	
	緊急連絡先： (続柄)	体温	°C	

■現在の症状、または気になることをご記入下さい

記入欄

■輸血歴 (あり ・ なし)

■既往歴

※ありの場合、下記にご記入下さい

高血圧 (あり ・ なし)	アレルギー歴 (あり ・ なし)
糖尿病 (あり ・ なし)	
気管支喘息 (あり ・ なし)	
脳梗塞 (あり ・ なし)	副作用歴 (あり ・ なし)
高脂血症 (あり ・ なし)	
狭心症・心筋梗塞 (あり ・ なし)	
うっ血性心不全 (あり ・ なし)	その他 ()

入院・手術歴 (あり ・ なし) ※ありの場合、下記にご記入下さい

記入欄 (病院名・担当医名もご記入下さい)

■服用中の薬 (あり ・ なし) ※ありの場合、下記にご記入下さい

記入欄 (お薬手帳をご提示の方は未記入で構いません)

裏面のご記入もお願いします→

■喫煙歴（あり・なし） ※ありの場合、下記にご記入下さい

現在吸っている（1日 本、年間）
過去に吸っていた（1日 本、年間）

■飲酒の有無

1 飲まない	
2 飲む（毎日）	飲酒量：
3 飲む（週 日くらい）	飲酒量：
4 たまに飲む	飲酒量：

■ご家族の既往歴をご記入下さい

記入例：父、高脂血症、脳梗塞

■お薬の処方がある場合、どちらを希望されますか ※いずれかに○をお願いします

1 院内処方	2 院外処方
--------	--------

※院内処方ご希望の場合でも お薬の種類や量をご用意出来ない場合 院外処方になる場合もございます。

■女性の方へ

これまでの妊娠歴（あり・なし）
現在、妊娠の可能性（あり・なし）

■当院をどの様にお知りになりましたか

- 当院のホームページ インターネット広告 その他ウェブサイト（ ）
- SNS・ブログ 交通広告（バス、電車、駅など） 建物看板 チラシ
- タウンニュース 地方自治体の広報誌（ ）
- 家族・友人・知人の紹介 医療機関からのご紹介（医療機関名： ）
- テレビ 新聞 ラジオ セミナー（場所： 開催月： 月）
- 当院ドクターの書籍
- その他（具体的にお教えてください： ）

■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）

当医療機関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致します。