問　診　票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな	
氏　名	男 ・ 女
生年月日	（大 ・ 昭 ・ 平）　　年　　月　　日（　　歳）

↓☆ 初めておかかりの方、変更のある方はご記入をお願いします。

住　所	〒
ＴＥＬ	[自宅]　　[携帯]

①どのような症状ですか？（○をつけてください）　体　温　　℃

発熱　のどが痛い　咳　鼻水　頭痛　腹痛　嘔吐　下痢　吐き気
疲れやすい　動悸　めまい　息苦しい　むくみ
その他（　　）

②症状はいつ頃からですか？（○をつけてください）

今日　昨日　（　　）日前　（　　）週間前　（　　）前

③現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？（○をつけてください）

はい（お薬手帳をお出しください）　いいえ
※紹介状をお持ちの方は受付へお出しください。
高血圧　糖尿病　高脂血症　脳疾患　心臓病
その他（　　）

④過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？　はい　いいえ

『はい』の方・・・（　　才頃）、病名（　　）

⑤アレルギーはありますか？

食べ物 ： いいえ　はい（　　）
薬　剤 ： いいえ　はい（　　）

⑥嗜好品についてお答えください。

お　酒 ： 飲む（1日　　mℓ）　ときどき　飲まない
たばこ ： 吸う（1日　　本）　以前吸っていた　吸わない

⑦女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？（ はい ・ いいえ ・ 可能性あり ）授乳中ですか？（ 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。

⑧マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？　はい　いいえ

⑨この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受診しましたか？　はい　いいえ

（マイナ保険証による情報取得に同意された患者様については記入不要です）

受診時期　（　　年　　月頃）
指摘事項　（　　）