

# 問診表

ふりがな		男・女	生年月日	昭・平・令
氏名				年　月　日生 ( ) 歳
住所	〒		電話番号	

1. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい · いいえ
2. 本日はどのような症状で来院されましたか?  
発熱 ( 度)・咳・たん・鼻水・のどの痛み・頭痛・腹痛・下痢・嘔吐・倦怠感・  
高血圧・糖尿病・湿疹・その他 ( )  
発症時期 ( 頃から)
3. 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい · いいえ  
(医療機関名 )  
(受診日 )  
(治療内容 )
4. 現在、処方されている薬がありますか？(マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能) はい · いいえ  
(薬剤名 )
5. これまでに入院や手術をするような大きな病気にかかったことがありますか？  
はい · いいえ  
(病名 )  
(時期 年 月頃 )  
(治療内容 )
6. 直近1年間で健診(特定健診や高齢者健診など)を受診しましたか？ はい · いいえ
7. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？ はい · いいえ  
(原因 )  
(症状 )
8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい ( ケ月 / 授乳中 ) · いいえ
9. マイナ保険証による診療情報取得について 同意する · 同意しない

当院は診療情報を取得することにより、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。