# 問 診 票

受診日：　　年　　月　　日

| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和<br>年　　月　　日 | 年齢 |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | | 男 ・ 女 | | | 歳 |
| 住所 | 〒 | | 電話 | 【自宅】<br>【携帯】 | |

マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

☐ いいえ　☐ はい

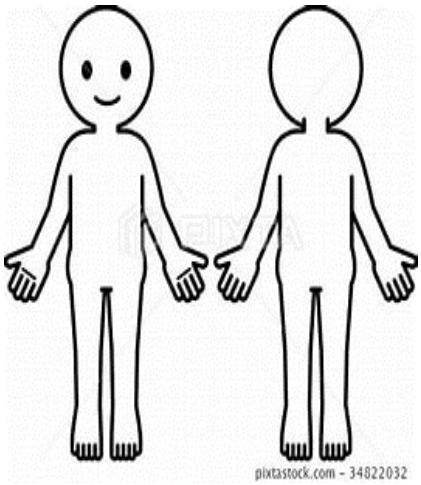
☐ 持っていない

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。
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お願いいたします。

1．どのような症状で来院されましたか？

＊いつ頃からですか？

＊どこですか？　※痛みやケガは、右の絵に印をつけてください。




＊どんな症状ですか？

☐　発熱　最高　　℃　　来院時の体温　　℃

☐　痛み　☐ しびれ　☐ 腫れ　☐嘔気・嘔吐　☐ 下痢

☐ その他（具体的に）

2．現在、治療中の病気はありますか？

☐ ない

☐ ある→ 高血圧　糖尿病　高脂血症　脳梗塞　心臓病　喘息　肺疾患　肝臓疾患

胃・十二指腸潰瘍　血液の病気　婦人科疾患　その他（　　）

※ 現在、内服中のお薬はありますか？（お薬手帳をお持ちでしたらご提示下さい。）

3．アレルギーはありますか？

＊薬　品　☐ ない　☐ あり（　　）　＊その他　☐ ない　☐ あり［　　］

＊食べ物　☐ ない　☐ あり（　　）

4．女性の方にお尋ねします。

妊娠中または妊娠の可能性がある　☐ある（　　ヶ月）　☐ 授乳中　☐ ない