

問診票

令和 年 月 日

フリガナ
氏名

男・女 体温 ℃

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 年齢

歳

〒 住所

電話番号

携帯番号

緊急連絡先 お名前

電話番号

1. どのような症状がありますか？

- 頭が痛い お腹が痛い 咳がでる 胸が痛い 熱がある (℃)
 その他 _____

2. 現在まで注射・飲み薬・その他の薬で何か異常（発疹が起きたり、気分が悪くなったり）があったことがありますか？食べ物などのアレルギーがありますか？

- ・なし ・あり（薬名など _____）

3. 今までにかかった病気や受けた手術をご記入ください。（なし ・ ある）

あるの場合 緑内障・前立腺肥大・脳出血・胃潰瘍・結核・喘息・腎臓病・糖尿病・癌
脳卒中・肝臓病・心臓病・蕁麻疹・手術名（ _____ ）

4. 家族（両親・兄弟・子供）の方で病気をした方はございますか？（なし ・ ある）

あるの場合 癌・脳卒中・糖尿病・腎臓病・肝臓病・心臓病・結核・喘息・蕁麻疹
・その他（ _____ ）

5. 今かかっている病気がありましたらご記入ください。

- ・なし ・ある（病院名 _____ 病名 _____）
（病院名 _____ 病名 _____）

6. 今、何か薬を飲んでいらっしゃいますでしょうか？

- ・いいえ ・はい（薬の名前又は種類 _____）

※名前がわからない場合は、胃薬、糖尿病の薬などをご記入ください

7. タバコを吸われますか？

- ・いいえ ・はい 1日 _____ 本

8. 動物は何か飼われていますか？

- ・いいえ ・はい（ _____ ）

9. お仕事について教えてください。

- ・会社員・自営業・パート・アルバイト・学生・主婦・農業・無職・その他

10. かかりつけの薬局を教えてください。（ _____ ）

11. 女性の方へ、あてはまるものに○をしてください。

- ・妊娠している ・妊娠していない ・授乳中である ・妊娠している可能性がある

問 診 票

12. この1年間で特定健診・長寿健診を受けていますか？

・いいえ ・はい (月頃)

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

・同意する ・同意しない

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。
正確に情報を取得・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。