

No. \_\_\_\_\_

# 問診票

記入日： 令和 年 月 日

|                |            |     |
|----------------|------------|-----|
| フリガナ<br>お名前 :  | _____      | 男・女 |
| 生年月日 : 大・昭・平・令 | 年 月 日      | 年齢  |
| (〒 - )<br>住所 : | 都 道<br>府 県 |     |
| 電話番号 :         | ( )        |     |
| 携帯番号 :         | ( )        |     |

## どのような症状でお困りですか？

お困りの症状 \_\_\_\_\_

それはいつごろからですか？ 年 月 日 頃から

## 以下の病気にかかれたことがございますか？

糖尿病・高血圧・心臓病・脳卒中・肝臓病・血液疾患・喘息・アレルギー疾患  
その他 \_\_\_\_\_

薬のアレルギーはございますか？ はい( )・いいえ  
食べ物のアレルギーはございますか？ はい( )・いいえ  
妊娠の可能性はございますか？ はい( )・いいえ  
現在、授乳中ですか？ はい( )・いいえ

## 生活習慣について

たばこは吸いますか？ はい( 1日 \_\_\_本 )・いいえ  
やめた( \_\_\_年前 )  
お酒は飲みますか？ はい( 週 \_\_\_日 )・いいえ  
種類・量( )

## 当院について

マイナ保険証による診療情報取得について同意されますか？ 同意する 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。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

お知りになられたのは？ インターネット・知人の紹介・自宅近く・看板を見て  
その他( )

簡単なアンケートにご協力いただけますか？ はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました