

ID: \_\_\_\_\_

## 問 診 票

\_\_\_\_\_年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日: (男・女)	年	月	日 (歳)
住所				
自宅電話	( )	携帯電話	( )	
緊急連絡先	(続柄: )	電話	( )	
身長	cm,	体重	kg,	体温 °C

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による診療情報取得に同意しますか？				
<input type="checkbox"/> はい	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。			
<input type="checkbox"/> いいえ	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。			
他の医療機関からの紹介状はありますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
本日は、どのような症状または理由で受診されましたか？				
現在、他の医療機関に通院していますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医療機関名/病名				
現在、処方されている薬がありますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
処方内容				
これまでに大きな病気にかかったことがありますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
病名/年齢				
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？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
指摘事項:				
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？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う ( 本/日 × 年)	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 禁煙した	
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲む ( /週)	<input type="checkbox"/> 機会があれば飲む	<input type="checkbox"/> 飲まない	
女性の方のみお答えください				
<input type="checkbox"/> 妊娠中( 週) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性なし <input type="checkbox"/> 授乳中				