

問診票

年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日
〒 住所		
自宅電話番号() -	携帯番号	
緊急連絡先 () -	名称	職業

1. どのような症状でお困りですか？

()

2. それはいつ頃からですか？

()

3. 今までにかかった病気はありますか？

いいえ はい

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳梗塞

喘息 胃十二指腸潰瘍 結核 緑内障

手術歴： なし あり () 入院歴： なし あり ()

4. アレルギーはありますか？

いいえ はい

※はい と答えた方のみ アレルギー症状を起こした事のある方は、原因となった物、症状をお書きください。

()

5. 現在、当院以外に通院している医療機関はありますか？

いいえ はい

医療機関名： 受診日：
治療内容：

6. たばこは吸いますか？

いいえ (吸ったことがない 禁煙した) はい (歳から 本/日)

7. お酒は飲みますか？

いいえ はい (ビール ml/回, 酒 合/回, 焼酎 ml/回, その他 ml/回)

8. 女性の方のみ 妊娠の可能性 無 有 授乳中ですか？ いいえ はい

9. 検査・治療についてご希望があればお書きください。

()

10. 当院をお知りになったきっかけは何ですか？

通りがかり 紹介 (紹介状：あり・なし) ホームページ 看板 近所
 その他 ()

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。正確な情報を取得する為、マイナ保険証（マイナンバーカード）の利用にご協力をお願い致します。

○マイナ保険証（マイナンバーカード）の持参・・・なし・あり

※ありと答えた方のみご記入ください。

マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意されましたか？

・・・はい・いいえ

○現在、当院以外で処方されている薬がある場合はご記入をお願い致します。

薬剤名・用量・投薬期間をご記入下さい。例) ○○○剤、△mg、○年○月○日～

○この一年間で健診（特定健診及び高齢者検診）を受診しましたか？・・・はい・いいえ

（マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については記入不要です。）

受診時期、結果等指摘事項をご記入下さい。

・ 受診時期： 年 月頃

・ 結果等指導事項：

ご協力ありがとうございました。

今伊勢よしかわクリニック