

# 問診票

ふりがな

年 月 日

氏名：

男 ・ 女

〒：

住所：

電話番号：

緊急時連絡先：

生年月日：

年 月 日 ( 歳)

身長：

cm

体重：

Kg

他医療機関からの紹介状をお持ちですか

はい

・

いいえ

医師希望(チェックしてください)

どちらでも

・

院長 (男性)

・

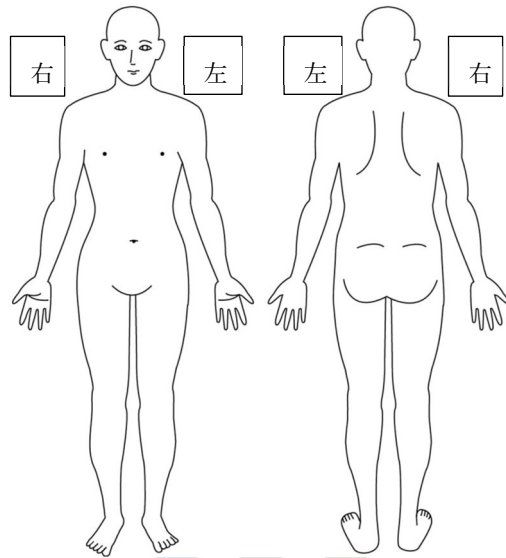
副院長 (女性)

・ 今日はどうしましたか

かゆい 痛い 発疹 傷、ケガ にきび ほくろ イボ しこり 水虫  
癌が心配 その他 ( )

・ その症状は体のどこにありますか →

(症状のあるところに○や色をつけてください)



・ その症状はいつからありますか

( )

・ その症状で、どちらかの医療機関で治療を受けたことがありますか

いいえ はい ⇒ 処方されたお薬 ( )

・ 女性の方へのご質問です。妊娠中・授乳中ですか？

はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することで、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ため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

### 既往歴（チェックしてください）

アトピー性皮膚炎（ 歳）      アレルギー性鼻炎・花粉症（ 歳）      喘息（ 歳）      白内障（ 歳）  
緑内障（ 歳）      高血圧（ 歳）      心臓病（ 歳）      脳卒中（ 歳）      糖尿病（ 歳）  
肝臓病（ 歳）      肺炎（ 歳）      その他（ ）

### アレルギーはありますか

食物アレルギー   なし   あり（ ）  
薬剤アレルギー   なし   あり（ ）  
その他アレルギー（ ）

### マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか      はい ・ いいえ ・ 持っていない

・ お薬手帳の有無                                  はい      ・      いいえ      ・      スマホアプリ

・ 現在他の医療機関に何らかの疾患で通院されていますか      はい      ・      いいえ

・ 医療機関名、受診日、疾患名・治療内容をお書きください

(記入例)                  つ内科                                  R5.8 頃                                  高血圧

---

---

---

・ 現在上記の医療機関で処方されている薬がありますか      はい      ・      いいえ

お薬手帳に載っている

お薬手帳に載っていない薬： \_\_\_\_\_

・ この1年間で健康診断（人間ドックなど）を受けられましたか      はい      ・      いいえ

受診時期

指摘事項

---

ご協力ありがとうございました。受付へお戻しく下さい