

# 再診問診票

ふりがな

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 ( \_\_\_\_\_ 歳)

身長： \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ Kg

・ 医師希望  どちらでも  院長 (男性)  副院長

・ 今日はどうしましたか

かゆい  痛い  できもの  キズ、けが

その他 ( \_\_\_\_\_ )

・ その症状は体のどこにありますか →

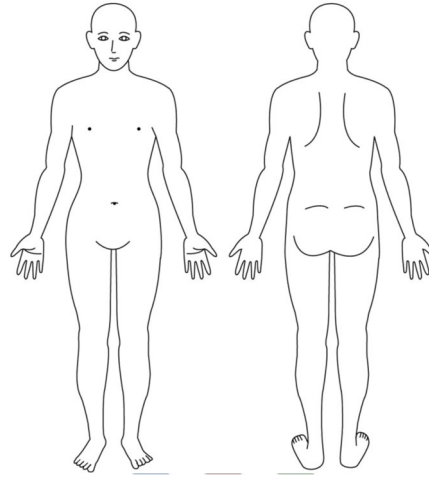
(症状のあるところに○や色をつけてください)

・ その症状はいつからありますか

( \_\_\_\_\_ )

・ 女性の方へのご質問です

妊娠中・授乳中ですか？  いいえ  はい



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

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、受診日、疾患名等をお書きください

	医療機関名	受診日	疾患名・治療内容
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 \_\_\_\_\_

ありがとうございます。受付へお戻しく下さい