

# 問診票

年 月 日

ふりがな

お名前

性別 男・女

生年月日 昭・平・令 年 月 日生 歳 体重 kg

住所

ご自宅の電話番号

携帯番号

1) マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ はい・いいえ

2) 本日はほかの医療機関からの紹介状はお持ちですか？ はい・いいえ

3) 本日はどのような症状で来院されましたか？

{

}

4) いつ頃からですか？ ( )

5) 現在治療中の病気はありますか？ あり・なし  
ありの場合、病名を記入してください ( )

6) 現在、服薬されている薬はありますか？ あり・なし  
ありの場合、病名を記入してください ( )

7) 今まで大きな病気・手術したことがありますか？ あり・なし  
ありの場合、病名を記入してください ( )

8) アレルギーはありますか？ あり・なし  
(花粉症・食べ物・薬・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る医療機関です。  
○正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の積極的なご利用をお願いいたします。