問診票

ふりがな	
お名前	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日/6歳未満の方→体重　　㌔
住　所	
電　話	自宅　　携帯
	緊急連絡先（御家族、勤務先など） 連絡先の方のお名前　　続柄（　　）

1）今日はどのような事でおかかりですか？症状等をお書きください〔体温　　℃〕

〔いつ頃から　　症状　　〕

2）他の医療機関からの紹介状を持参していますか？　〔はい・いいえ〕

3）マイナ保険証による診療情報提供書（情報取得）に同意しましたか？　〔はい・いいえ〕

4）今までに大きな病気をしたことがありますか？　〔はい・いいえ〕

〔病名　　年　　月より〕〔治療中・治療済〕

〔手術名　　年　　月　〕

5）現在、他の医療機関に通院していますか？　〔はい・いいえ〕

はい　の方〔医療機関名　　受診日　　月　　日　〕

治療内容〔　　〕

6）現在、お薬を飲んでいますか？〔はい・いいえ〕お薬手帳持参の方は受付にご提示ください

〔　お薬の名前　　〕

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載は省略可能です

7）今までにお薬や注射で副作用が出たことがありますか？　〔はい・いいえ〕

はい　の方→お薬の名前　　症状

8）この1年間で健診（特定健診もしくは高齢者検診）を受けましたか？　〔はい・いいえ〕

はい　の方→受診時期　　月頃　指摘事項　　/なし

9）喫煙歴〔あり・なし・やめた　　歳まで喫煙〕/飲酒歴〔あり・なし〕

10）女性の方へ　・妊娠中ですか？〔はい→　　週目/いいえ〕・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・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。