**問　診　票**　　　　　令和　　　年　　 月　 　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 〒 | | 電　話 | 自宅　　 　（　　　　）  携帯　　　 （　 　　 ） |
| フリガナ |  | 男  **・**  女 | ●下記いずれかに必ずチェックして下さい  □健康保険　　□労災（ 仕事中・通勤中 ）  　　　　　　職 業  □自賠責(交通事故等)　　□自費 | |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　 年　　　月　　　日 | |
| ※当クリニックを何で知りましたか？　紹介・ホームページ・看板・知人・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・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。

**【マイナンバー保険証をご利用の方】**

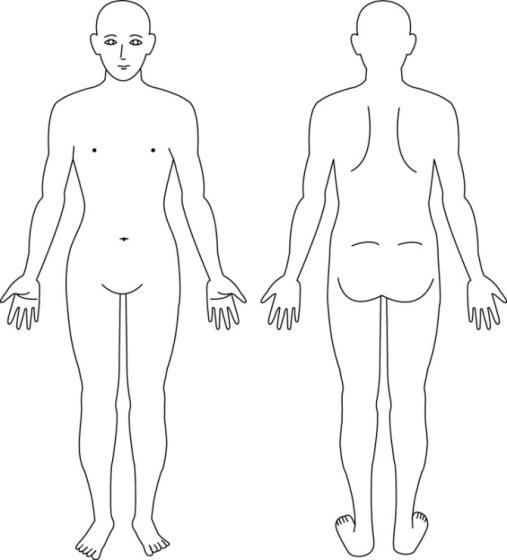
●マイナンバー保険証による診療情報取得に同意していますか？

**同意した・同意していない**

●女性の方　現在**妊娠中**または**可能性**はありますか？ **はい・いいえ**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　★はい→妊娠週数　　　　　　週目

　　　　　　現在**授乳中**ですか？　　　　　　　　　 **はい・いいえ**

●どうしましたか？　★詳しく記入して下さい　　㊨　　 ㊧ ㊧　　　㊨

※ 症状のある所に○をつけて下さい

　・いつ･･･

　・どこで･･･

　・どこが･･･

　・どうしましたか･･･

・今の痛みの程度（縦線を引いて下さい）

　0　　　　　　　　　　　　　　　　　　 10

(痛みなし)　　　　　　　　　　　　　　　(最も強い痛み)　　 　前　　　　　　後

**裏面につづく→**

●他の医療機関からの紹介状を持っていますか？　　はい・いいえ

●現在他の医療機関に通院していますか？　はい・いいえ

　★はい→医療機関名　　　　　　　　　　　　　　受診日

　　　　　　治療内容等

　●今飲んでいるお薬はありますか？ はい・いいえ　・お薬手帳　あり・なし

→お薬手帳またはお薬をお持ちの方は  **診察室にて先生**  にお出し下さい

●これまでに大きな病気(入院や手術を要する病気等)に

かかったことがありますか？　はい・いいえ

　　★はい→病名　　　　　　　　　　　　　　　時期

　　医療機関名　　　　　　　　　　　　治療内容

●この１年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

　はい・いいえ

　★はい→受診時期　　　　　月頃　指摘事項

●ペースメーカーの使用はありますか？　　はい・いいえ

　●お薬アレルギーはありますか？　　はい・いいえ

　●食物アレルギーはありますか？　　はい・いいえ

　●身長（　 　　　cm）　体重（　 　　　kg）