

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 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 労災 (工作中・通勤中) 職 業 _____ <input type="checkbox"/> 自賠責(交通事故等) <input type="checkbox"/> 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

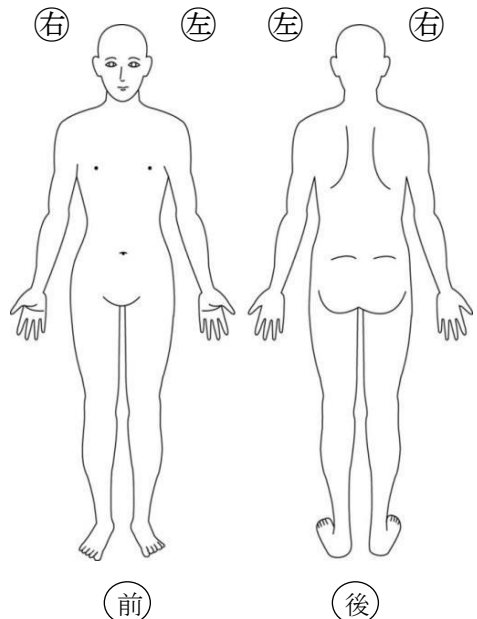
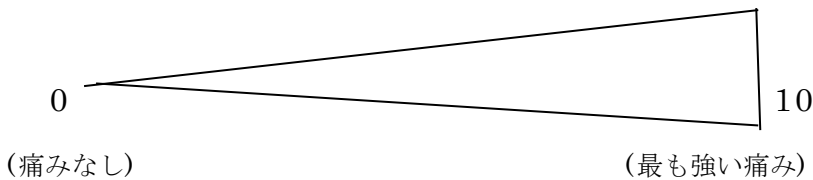
●女性の方 現在妊娠中または可能性はありますか？ はい・いいえ
 ★はい→妊娠週数 _____ 週目

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

- ・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)



※症状のある所に○をつけて下さい

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)