

# 問 診 票

令和 年 月 日

住 所	〒 _____		電 話	自宅 ( )
			携帯 ( )	
フリガナ			●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				男・女
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

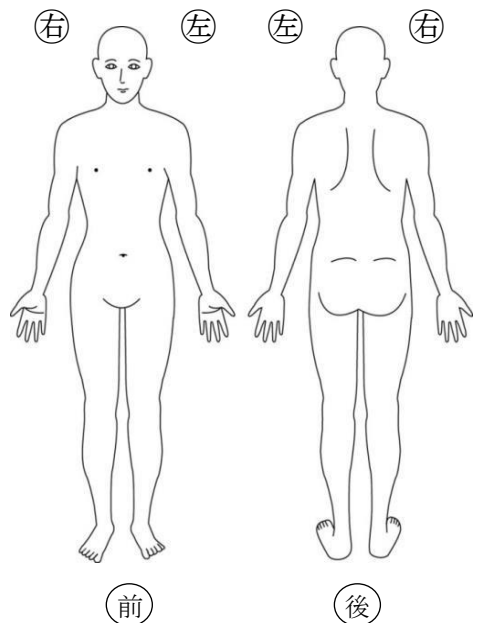
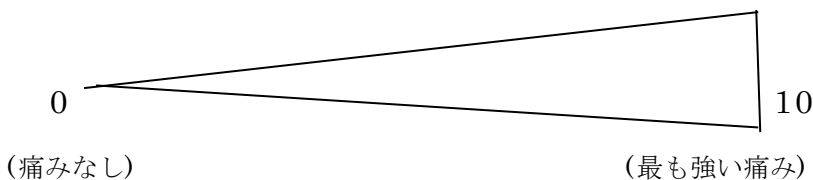
現在授乳中ですか？

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、他の病気で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 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

●今飲んでいるお薬はありますか？ はい・いいえ

★はい→飲んでいる薬 \_\_\_\_\_

・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)