

当院は診療情報を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。

ID: _____

診療申込・問診票

記入年月日 年 月 日 (受付時間 :)

ふりがな		生	大正 昭和
氏名	男・女	年	平成 令和
		月	年 月 日 (才)
職業:		日	身長 cm 体重 kg
			体温 °C
住所	〒	電	ご自宅 :
		話	携帯 :
※マイナ保険証による診療情報取得の同意		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 持っていない	

いつ頃から、どのような症状ですか？

① いつ _____

② 症状 _____

どちらの部位ですか？

_____ *右図に○を付けてください

症状のきっかけ、原因はありますか？

今回の症状で他の医療機関で治療されていますか？

いいえ はい (治療内容: _____)

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

いいえ はい

現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい → 癌 心臓病 高血圧 糖尿病

その他: _____

現在お体に以下のものはありますか？

なし あり → 人工関節・ペースメーカー・ステント・
 タトゥー (入れ墨)・その他金属など (_____)

現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい → (_____)

*お薬手帳をお持ちの場合はお出してください

今までにけがや病気で手術を受けられたことはありますか？

いいえ はい いつ (_____) 手術名 (_____)

今までくすりや食べ物に対するアレルギーがありましたか？

なし あり → くすりや食べ物の種類 (_____)

40歳以上の方 この1年間で健診 (特定検診及び高齢者健診に限る) を受診されましたか？

はい いいえ

女性の方 現在妊娠していますか？ はい いいえ 現在授乳中ですか？ はい いいえ

↳ (_____ 週)

当院をどうしてお知りになりましたか？

知人からの紹介 広告 インターネット その他 (_____)

