

問診票

令和 年 月 日

(ふりがな)

男

お名前

女 生年月日 T.S.H 年 月 日 (歳)

〒 住所

電話番号

携帯番号

ご職業

身長

cm

体重

kg

1. 当院を知ったきっかけをよろしければ教えてください。
(ご紹介 [] さん・通りがかり・ホームページ・WEB 検索・その他 [])
2. 本日はどのような症状で来院されましたか？
()
いつ頃から症状はありますか？ ()
3. 今までに入院、手術を受けられた事がありますか？
(いいえ・はい [])
4. 治療中もしくは以前にかかられた病気はありますか？
心筋梗塞・不整脈・脳梗塞・高血圧・糖尿病・喘息・肝臓病
その他 ()
5. 輸血を受けたことはありますか？ (いいえ・はい)
6. 他院通院中でお飲みのお薬はありますか？
(いいえ・はい [薬名:])
7. 飲み薬、麻酔などでアレルギーはありますか？
(いいえ・はい [薬名:])
8. タバコは吸いますか？ (いいえ・はい [1日 () 本])
9. お酒は飲みますか？ (いいえ・はい [1日 () を () 本])
10. 女性の方：妊娠している可能性がありますか？ (いいえ・はい)
授乳されていますか？ (いいえ・はい)
11. この1年で検診で異常を言われたことはありますか？ (いいえ・はい)
(はい) の方のみ…異常の内容を教えてください ()
12. その他何かございましたらご記入ください。
()

マイナンバーカードにて受付した方のみ

診療情報取得に同意されましたか？ (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。