

問 診 票

ふりがな		年齢	生年月日		
氏名			(大・昭・平・令)	年	月 日
			(西暦)		
住所	〒 ()		TEL 携帯		

- ◆マイナンバー保険証による診療情報拾得に同意しましたか？ はい ・ いいえ
 ◆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

本日はどうされましたか？ (症状・発症時期・経過等)	
現在、他の医療機関に通院していますか？	はい ・ いいえ
はいの場合記入してください	
病名	
医療機関名	
現在、処方されている薬がありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合記入してください	
薬剤名	
今までに、大きな病気やケガをされましたか？	はい ・ いいえ
はいの場合具体的に記入してください	
この1年間に健診 (特定健診及び高齢者健診) を受けましたか？	はい ・ いいえ
これまでに食品や薬でアレルギーを起こした事がありますか？	はい ・ いいえ
はいの場合具体的に記入してください	
タバコは吸いますか？	はい ・ いいえ
はいの場合、1日に () 本 () 年間	
現在妊娠中または授乳中ですか？ (女性のみ)	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。