

※ご記入が済みましたら受付へご提出ください

医院にて記入欄：体温 \_\_\_\_\_℃

## 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_  
お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_ 自宅／携帯電話番号 \_\_\_\_\_

必要時、当院から連絡してもよい電話番号をご記入ください

■本日は他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

いいえ はい

■マイナ保険証をお持ちですか。

いいえ

はい → 本日、診療情報取得に同意しましたか はい いいえ

■本日はどうなさいましたか

■その症状はいつからありますか。

■現在治療中ならびに今までにかかったことのある病気はありましたら□にチェックと  
( ) にいつ頃かをご記入ください。医療機関名と最終受診日をご記入ください

なし

高血圧 ( ) 頃 糖尿病 ( ) 頃 脂質異常症 ( ) 頃

喘息 ( ) 頃 心臓病 ( ) 頃 脳血管障害 ( ) 頃

腎臓病 ( ) 頃 その他 (病名； ) ( ) 頃

通院中の医療機関名； \_\_\_\_\_

最終受診日； \_\_\_\_\_ (頃)

■現在、飲んでいる薬はありますか。(お薬手帳をお持ちでしたら一緒にお出してください)

ない

ある

[

]

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は、直近 1 か月以内の処方薬を除き  
記載の省略が可能です

→ 裏面もあります

■これまでに薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか

ない

ある 原因となったもの： \_\_\_\_\_  
症状： \_\_\_\_\_

■タバコ なし あり（1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで）

■アルコール なし あり 以前に飲んでいた  
（種類： \_\_\_\_\_ 1回 \_\_\_\_\_ 杯・毎日 時々 月に2 - 3回）

■女性の方へ

妊娠している可能性がある（妊娠： \_\_\_\_\_ 週） 授乳中である

■この1年間に健診を受けられましたか。

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は、特定健診及び高齢者健診について  
記載の省略が可能です

いいえ

はい → 受診時期 \_\_\_\_\_ 指摘されたこと \_\_\_\_\_ ]

■その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。

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致します。