

問診票

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) ご年齢 \_\_\_\_\_ 歳 体重 \_\_\_\_\_ kg

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

ご連絡先 (日中のご連絡がつくところ) 自宅 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ または 幼児 小 中 高 年生

今日はどうされましたか？ (いつから どこに どんな症状かをご記入下さい。)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

その症状について治療をしましたか？

病院・医院 市販の薬 いいえ その他 ( \_\_\_\_\_ )

現在、他の科で治療中の病気・お薬がありますか？ はい いいえ

上記で、はい に○をされた方は病名をお願いします。

緑内障 前立腺肥大 (尿が出にくい) 心臓病 高血圧 糖尿病 肝臓病  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

過去に大きな (手術・入院など) 病気をしましたか？

はい ( \_\_\_\_\_ ) いいえ

今までにお薬・注射による副作用がありましたか？

はい【抗生物質・痛み止め・( \_\_\_\_\_ )】 いいえ

現在妊娠していますか？

はい ( \_\_\_\_\_ 週) いいえ 不明 予定している 授乳中である

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。

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ

書かれた方のお名前 \_\_\_\_\_ ご関係 \_\_\_\_\_

ありがとうございました。