

ID: _____

問 診 票

年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日: (男・女)	年	月	日 (歳)
住所 〒 -	職業:			
自宅電話 ()	携帯電話 ()			
緊急連絡先 (続柄:)	電話 ()			
身長 cm,	体重 kg,	体温	℃	

マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による診療情報取得に同意しますか？				
<input type="checkbox"/> はい 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。				
<input type="checkbox"/> いいえ 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。				
他の医療機関からの紹介状はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
本日は、どのような症状または理由で受診されましたか？				
現在、他の医療機関に通院していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
医療機関名/病名				
現在、処方されている薬がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
処方内容				
これまでに大きな病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
病名/年齢				
この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
指摘事項:				
これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
たばこ <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年) <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 禁煙した				
アルコール <input type="checkbox"/> 飲む (/週) <input type="checkbox"/> 機会があれば飲む <input type="checkbox"/> 飲まない				
女性の方のみお答えください				
<input type="checkbox"/> 妊娠中(週) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性なし <input type="checkbox"/> 授乳中				