

問診票

年 月 日

フリガナ		男・女	年齢	歳
お名前		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
ご住所	〒			
電話番号		緊急連絡先 電話番号		
職業		体温		℃
身長	cm	体重		kg

1. いつから、どのような症状がありますか

いつから：

症状：

2. 現在、他にかかっている医療機関はありますか

①ない ②ある（病名 ）（病院名 ）

3. 現在、服用中の薬はありますか

①ない ②ある（ ）

4. 今までに、大きな病気にかかったり、手術を受けたりしたことはありますか

①ない ②ある（病名 ）（手術名 ）

5. 今までに、薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか

①ない ②ある（ ）

6. 飲酒、喫煙はされますか

飲酒 ①飲まない ②止めた ③飲む：（頻度 ）（種類 ）（1回量 ）

喫煙 ①吸わない ②止めた（ ）歳で ③吸う：1日（ ）本、（ ）年間

7. 体重の変化について教えてください

過去最大体重（ ）歳の時に（ ）kg、20歳の時の体重（ ）kg

最近の体重変化 ①変わらない ②増えた・減った（ ）か月で（ ）kg

8. 肉親に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心筋梗塞、脳梗塞、癌などの方はいらっしゃいますか

父親（ ）、母親（ ）、兄弟（ ）、他の方（ ）

9. （女性の方へ）現在、妊娠されていますか

①いいえ ②はい（出産予定日： ） ③授乳中 ④不明

10. 本日は下記のいずれをお持ちになりましたか

①健康保険証 ②マイナンバーカードの保険証（マイナ保険証）

11. マイナ保険証で受診される方はご自身の診療情報（服薬歴、特定健診・後期高齢者健診）を当院が取得することに同意されますか

①同意する（服薬歴 特定健診・後期高齢者健診） ②同意しない

12. その他、当院でご希望されることがあればご記入ください

13. 当院を何処で知りましたか

インターネット 家族・知人の紹介 近所に住んでいる 電柱広告 看板 通りがかり
区役所のインフォメーション その他（ ）

この問診票やマイナ保険証を通じて診療情報等を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。ご協力をお願いいたします。