

問診表

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日 (歳)
お名前		男 女	職業 お勤め先			
住所	〒 —					
電話番号	ご自宅 ()		携帯			

1 本日はどのような症状で来院されましたか？
 症状 _____ いつから _____

2 現在他の医療機関で治療中の病気はありますか？
☐ あり 病名 _____ 治療内容 _____ 医療機関名 _____
☐ なし _____

3 今までかかった病気はありますか？
☐ あり 病名 _____ 時期 _____
☐ なし _____

4 現在飲んでいる薬はありますか？ 5 この1年間で健康診断を受診しましたか？
☐ あり 薬剤名 _____ ☐ はい 指摘事項 _____
☐ なし _____ ☐ いいえ _____

6 これまで薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？
☐ あり 原因となったもの _____ 症状 _____
☐ なし _____

7 喫煙しますか？
☐ はい ☐ やめた (歳まで)
☐ いいえ ※はい・やめたの方 本／日 年間

8 飲酒しますか？ ☐ はい ☐ いいえ 週 日 種類 量

9 (女性のみ) 現在、妊娠中または授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

10 来院のきっかけ
☐ 知人(家族・友人)のご紹介 ☐ 検索サイト(Google等) ☐ ホームページ
☐ 他医療機関からの紹介 ☐ 以前から存在を知っていた ☐ 新聞広告
☐ その他 ()

11 マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ ☐ 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します。