

【問診表】

年 月 日

ID

フリガナ

お名前 (男・女)

紹介状 あり・なし

生年月日 年 月 日 (歳)

1. いつ頃から、どのような症状でしたか。

2. 現在、他の病院にかかっていますか。 いいえ・はい 病院名()
いつ頃から・病名(治療内容など)

3. 現在、服用している薬はありますか。 なし・あり

薬の名前

4. 薬・食物のアレルギーはありますか。 なし・あり

薬品名・食品名・症状など

5. 過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか。 いいえ・はい

いつ頃: 手術 なし・あり
病名: 病院名()

6. お酒は飲みますか、たばこは吸いますか。

[お酒] 飲まない・以前は飲んでた・飲む (何を どの位)

[たばこ] 吸わない・以前は吸っていた・吸う (1日 本 年間)

7. 3ヶ月以内に海外への渡航歴、または移住歴はありますか なし・あり

ありの場合 ⇒ 時期 (月 日 ~ 月 日まで) 場所 ()

8. 家族や職場で発熱者はいますか いいえ・はい

9. (女性の方へ)現在、妊娠・授乳はしていますか。

[妊娠] いいえ・はい・妊娠の疑いがある [授乳] いいえ・はい

10. その他、何かありましたらご記入下さい。

※マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか いいえ・はい

※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 いいえ・はい

はいの場合 ⇒ 受診時期 (年 月頃) 指摘事項()

(マイナ保険証による情報取得に同意した方は記入不要)

(※ご記入不要です)

体温	血圧	脈拍	身長	体重
℃	/ mmHg	/分	cm	Kg