

ID: _____

問 診 表

令和 年 月 日

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和
		年	月 日 (歳)
〒			
住所		町	丁目 番地
電話番号 自宅 : ()			
携帯電話 : ()			

該当する部分に○をつけてください。

1	マイナンバーカード健康保険証（マイナ保険証）利用による情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ
2	どのような症状で来院されましたか？ それはいつからですか？ ()
3	現在、他の医療機関に通院していますか？ (医療機関名： 受診日： 治療内容：) はい ・ いいえ
4	今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かをご記入ください □高血圧 (頃) □肺炎 (頃) □肝臓病 (頃) □喘息 (頃) □心臓病 (頃) □脳卒中 (頃) □結核 (頃) □糖尿病 (頃) □がん (頃) □その他(病名：)
5	現在服用している薬はありますか？ 血液サラサラ薬(抗血栓薬・抗凝固薬)・その他 () ※お薬手帳や投薬袋などをご提出ください はい ・ いいえ
6	薬や食べ物で、アレルギーや蕁麻疹、副反応などが出たことはありますか？ (薬・食品名： 症状：) はい ・ いいえ
7	今年、健診(特定健診・高齢者健診)を受けましたか？ はい(指摘事項) ・ いいえ ・ わからない
8	今までに手術の経験はありますか？ (病名： いつ頃：) はい ・ いいえ
9	入院をしたことがありますか？ (病名： いつ頃：) はい ・ いいえ
10	・たばこ □吸わない □吸う(一日 本、約 年間) □過去に吸っていた ・アルコール □飲まない □飲む(□毎日 □時々 □月に2～3回) □過去に飲んでいて

女性の方のみ記入してください。

11	妊娠されていますか？ (週目 又は 出産予定日) 授乳中ですか？ はい ・ いいえ
----	--

当院はマイナ保険証を活用して診療情報を取得することにより、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お願いいたします。

なお、問診票に記載された個人情報は、患者様の診察・健康管理の目的以外には使用いたしません。

土田医院