

# 問 診 票

※診察時に必要となりますので、わかる範囲でご記入ください。

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。

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致します。

フリガナ 受診者名		男 ・ 女	電話番号 (自宅)	
生年月日	明 昭 平 年 月 日( )歳		携帯電話	
住 所				
(職業)				
記入者名		患者と の続柄	記入日	令和 年 月 日

(1) 本日はどうされましたか？また、それはいつからですか？(例：今朝からお腹が痛い。)

(2) なぜ症状の方にお尋ねします。

インフルエンザと診断されたら、インフルエンザの特効薬を希望しますか？

【 希望する ・ 希望しない ・ 医師にまかせる 】

(3) 現在、他の病気で治療を受けておられますか？ 病名

服用されているお薬はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

(4) 今まで大きな病気、手術、入院をされたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

また、それはいつ頃、どのような病気ですか？

(5) アレルギーはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

※はいの方はご記入ください。食べ物( )・薬( )

(6) 家族(血縁)の方で以下の病気にかかった方がおられますか？

■高血圧( ) ■心臓病( ) ■脳卒中( ) ■糖尿病( )  
■肺結核( ) ■ガ ン( ) ■その他( )

(7) 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 【 はい ・ いいえ 】

また、それはいつ、何の予防接種ですか？

(8) 女性の方にお尋ねします。現在妊娠されていますか？ 【 はい ・ いいえ 】

■現在、妊娠 週 最終月経 年 月 日

(9) 喫煙されますか？飲酒はされますか？

■タバコ 本/日 ■アルコール 本/日

(10) もしガンの疑いがある場合、告知を希望されますか？ 【 はい ・ いいえ 】

(11) 介護保険をお持ちですか？ 【 はい ・ いいえ 】