

問 診 票

記入日： 年 月 日

住 所	〒 □□□-□□□□		
フリガナ		職 業	
氏 名	男・女		
生 年 月 日	T S H R	年	月 日 (才)
電 話	自宅 ()	携帯	- -
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。			体温 ℃

1) マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

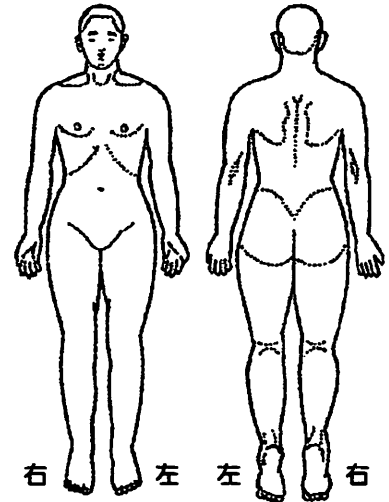
はい（マイナ保険証を利用します） いいえ（マイナ保険証を利用しません）

2) 本日は、どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれる 腫れている 動かみにくい 切った
 その他 ()

3) 具合の悪い部位はどこですか？（右図に○をつけて下さい）

部位： ()



4) いつからの症状ですか？ケガの場合、受傷日はいつですか？

()

5) 原因は何ですか？

特になし 交通事故 お仕事中のケガ スポーツ
 その他 ()

※学校（幼稚園・保育園含む）でのケガですか？

いいえ はい

6) 今回の症状で他の医療機関を受診したことはありますか？

いいえ はい（病院、医院名 _____）

7) 他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ はい

8) 現在治療中の病気はありますか？

いいえ
 はい（右から選んで下さい）

高血圧 糖尿病 心臓病（狭心症や不整脈）
 脳梗塞 腎臓病 喘息 胃潰瘍
 その他 ()

9) 現在服用しているお薬はありますか？ ※「お薬手帳」をお持ちの方は見せてください

いいえ はい ()

10) 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

いいえ
 はい（右に記入してください） 薬 () 食べ物 ()

11) 女性の方へ、現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい（ 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）